

Université de Sherbrooke

Une recherche-action participative au soutien à domicile : vers des pratiques ergothérapeutiques axées sur la participation sociale des aînés

Par
Pier-Luc Turcotte, erg., M.erg.
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences de la santé (concentration santé communautaire)

Sherbrooke, Québec, Canada
Janvier 2018

Membres du jury d'évaluation

Mélanie Levasseur, erg. Ph.D., codirectrice de recherche, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation

Annie Carrier, erg. Ph.D., codirectrice de recherche, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation

Frances Gallagher, inf. Ph.D., évaluatrice interne, Programme recherche en sciences de la santé, École des sciences infirmières

Paulette Guitard, erg. Ph.D., évaluatrice externe, Programme d'ergothérapie, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

SOMMAIRE

Une recherche-action participative au soutien à domicile : vers des pratiques ergothérapeutiques axées sur la participation sociale des aînés

Par

Pier-Luc Turcotte, erg., M.erg.

Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)

en sciences de la santé (concentration santé communautaire), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Pour favoriser la participation sociale des aînés, les ergothérapeutes peuvent offrir des services communautaires tant à l'échelle individuelle que populationnelle. Pourtant, leur pratique courante au soutien à domicile aborde rarement la participation sociale, ce qui illustre l'importance d'accompagner un changement de leur pratique. Cette étude visait à repenser l'ergothérapie en milieu communautaire pour : 1) identifier des pratiques à intégrer pour favoriser la participation sociale des aînés, 2) explorer les facteurs pouvant influencer l'intégration de ces pratiques et 3) identifier les actions à déployer pour intégrer ces pratiques au soutien à domicile. Un partenariat de recherche-action participative en milieu communautaire a impliqué un comité de pilotage formé de 12 partenaires d'un programme local de soutien à domicile à Montréal (Québec). Quatre groupes de discussion focalisée et sept entretiens individuels avec 28 informateurs clés ont été transcrits puis analysés. Les informateurs-clés ont identifié un continuum d'interventions émergentes, incluant des interventions individuelles, des interventions de groupe et des interventions de développement des communautés. L'intégration de ces pratiques est influencée par des facilitateurs tels que le soutien clinique, les partenariats et la communication de même que l'implication des usagers. Toutefois, cette intégration est menacée par l'influence d'obstacles organisationnels et systémiques, incluant la présence d'une culture institutionnelle contradictoire et les indicateurs de performance. Enfin, des leviers d'action ont été identifiés, dont l'implication des citoyens dans la conception de nouveaux indicateurs de performance, la création de partenariats avec le milieu communautaire et le soutien au rôle d'agent de changement des ergothérapeutes pour modifier leur pratique. Cette recherche a permis de coconstruire un continuum d'interventions ergothérapeutiques émergentes et de réfléchir avec des partenaires clés aux facilitateurs et aux obstacles pouvant influencer l'intégration de ces pratiques. S'appuyant sur un riche partenariat entre la pratique et la recherche, les prochaines étapes de cette recherche participative viseront l'implantation de ces initiatives prometteuses.

Mots clés : développement des communautés, ergothérapie, indicateurs de performance, partenariat, participation sociale, promotion de la santé, recherche-action, vieillissement.

SUMMARY

A participatory action research in home care services: Towards occupational therapy practices fostering older adults' social participation

By

Pier-Luc Turcotte, OT, MOT
Health Sciences Research Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health Sciences Research (Community Health), Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

To foster older adults' social participation, occupational therapists can provide community-based services ranging from individual to population level. However, their current practice in homecare rarely addresses social participation, which illustrates the importance of supporting such change in their practice. This study aimed to remodel community occupational therapy services by: 1) identifying practices to integrate to foster older adults' social participation, 2) exploring factors that could influence their integration, and 3) identifying actions to leverage to integrate these practices in homecare. A community-based participatory research partnership involved a steering committee with 12 stakeholders from a local community homecare setting in Montréal (Québec). Four focus groups meetings and seven individual interviews with 28 key informants were transcribed and analyzed. Key informants identified a continuum of emerging interventions, including personalised interventions, group-based interventions and community development interventions. The integration of these practices was influenced by enablers, such as clinical support, partnerships and communication as well as user involvement. However, this integration is hindered by organizational and systemic barriers, such as institutional culture and performance indicators. Finally, different levers of action were identified, including involving citizens in developing new performance indicators, creating partnerships with community organizations and supporting occupational therapists' change agent role to modify their practice. This research led to co-design a continuum of emerging occupational therapy interventions and reflected with key stakeholders on possible factors affecting the integration of these practices. Based on a fruitful research-practice partnership, the next steps of this participatory research will aim at implementing these promising initiatives.

Keywords: action research; aging; community development; health promotion; occupational therapy; partnership; performance indicators; social participation.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
SUMMARY	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
REMERCIEMENTS	x
INTRODUCTION	xi
PROBLÉMATIQUE	1
ASSISES THÉORIQUES	4
2.1 Modèle de développement humain – Processus de production du handicap	4
2.2 Modèle d’analyse d’implantation de pratiques émergentes de Chaudoir et coll.	6
RECENSION DES ÉCRITS.....	9
3.1 Pratiques ergothérapeutiques favorisant la participation sociale des aînés	9
3.1.1 <i>Pratiques prometteuses pour favoriser la participation sociale des aînés</i>	10
3.1.2 <i>Pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire.....</i>	16
3.1.3 <i>Défis de la pratique des ergothérapeutes en lien avec la participation sociale .</i>	19
3.2 Facteurs pouvant influencer l’intégration des pratiques en milieu communautaire ..	23
3.2.1 <i>Facteurs liés aux pratiques émergentes</i>	23
3.2.2 <i>Facteurs liés aux professionnels de la santé</i>	24
3.2.3 <i>Facteurs liés aux usagers</i>	25
3.2.4 <i>Facteurs liés à l’organisation</i>	26
3.2.5 <i>Facteurs liés au système.....</i>	27
3.2.6 <i>Synthèse critique des facteurs influençant l’intégration de pratiques</i>	28
3.3 Résumé de la recension des écrits.....	29
QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	30
MÉTHODES	31
5.1 Approche de recherche.....	31
5.2 Comité de pilotage	32

5.3 Échantillonnage et procédures de recrutement	33
5.3.1 Sélection du terrain de recherche.....	33
5.3.2 Informateurs clés primaires	33
5.3.3 Informateurs clés secondaires	35
5.4 Collecte de données	36
5.4.1 Méthodes de collecte	36
5.4.2 Outils de recherche	38
5.5 Analyse et interprétation des données.....	40
5.6 Critères de rigueur.....	41
5.7 Considérations éthiques	43
RÉSULTATS.....	44
6.1 Article intitulé « Community-based participatory research remodelling occupational therapy to foster older adults' social participation »	45
6.2 Résultats complémentaires à l'article	75
6.2.1 Leviers d'action à déployer	75
6.2.2 Retombées inattendues	79
6.3 Synthèse du chapitre des résultats.....	82
DISCUSSION	83
7.1 Discussion des résultats	83
7.1.1 Continuum d'interventions ergothérapeutiques en milieu communautaire	83
7.1.2 Facteurs et leviers à l'intégration de pratiques de participation sociale	89
7.2 Forces et limites	94
7.3 Retombées de la recherche.....	96
7.3.1 Retombées cliniques, administratives et pédagogiques.....	96
7.3.2 Recommandations pour la recherche.....	97
CONCLUSION	99
LISTE DES RÉFÉRENCES	101
LISTE DES ANNEXES.....	116
Annexe 1 - Facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques	117
Annexe 2 - Entente de partenariat	120
Annexe 3 - Grille d'évaluation du partenariat	127
Annexe 4 - Lettre d'invitation de l'ergothérapeute (par courriel)	133
Annexe 5 - Lettre d'invitation de l'intervenant communautaire (par courriel)	135

Annexe 6 - Journal de bord (ergothérapeutes).....	137
Annexe 7 - Journal de bord (autres informateurs clés).....	139
Annexe 8 - Guide d'entretien de groupe semi-structuré (ergothérapeutes).....	141
Annexe 9 - Guide d'entretien de groupe semi-structuré (aînés et proches)	143
Annexe 10 - Guide d'entretien de groupe semi-structuré (intervenants communautaires).....	145
Annexe 11 - Guide d'entretien semi-structuré individuel	147
Annexe 12 - Grille d'observation	149
Annexe 13 - Questionnaire auto-administré de l'ergothérapeute	151
Annexe 14 - Questionnaire auto-administré de l'intervenant communautaire	153
Annexe 15 - Questionnaire sociodémographique de l'aîné et du proche	155
Annexe 16 - Approbation du comité d'éthique de la recherche	157
Annexe 17 - Formulaire de consentement de l'ergothérapeute, de l'intervenant ou de l'informateur clé secondaire	160
Annexe 18 - Formulaire de consentement de l'aîné ou du proche aidant	167

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Pratiques ergothérapeutiques prometteuses favorisant la participation sociale des aînés	11
Tableau 2	Composantes des pratiques prometteuses favorisant la participation sociale des aînés.....	13
Tableau 3	Effets des pratiques prometteuses visant la participation sociale des aînés.....	15
Tableau 4	Caractéristiques de la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire.....	17
Tableau 5	Défis de la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire.	20
Tableau 6	Leviers d’actions à déployer pour intégrer des pratiques de participation sociale.	76
Tableau 7	Retombées inattendues découlant de la présente recherche.	79
Tableau 8	Synthèse des facteurs pouvant influencer l’intégration des pratiques en milieu communautaire (n = 46).....	118

Tableaux de l’article

Table 1	<i>Characteristics of Key Informants (n = 28)</i>	55
Table 2	<i>Continuum of Emerging Interventions Fostering Older Adults’ Social Participation</i>	57
Table 3	<i>Synthesis of Factors that Could Influence the Integration of Social Participation Interventions in Community Occupational Therapy</i>	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Modèle de développement humain – Processus de production du handicap	5
Figure 2 Modèle multiniveau pour analyser l’implantation de pratiques émergentes.....	7
Figure 3 Continuum de services pour les aînés vivant à domicile (adapté de Bégin et coll., 2009)	42

Figures de l’article

Figure 1 <i>Flowchart of the community-based participatory research (CBPR) process</i>	51
Figure 2 <i>Multi-level framework for implementing emerging practices (adapted from Chaudoir et al., 2013)</i>	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A	Aîné
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
C	Intervenant communautaire
CBPR	Community-based participatory research
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
E	Ergothérapeute
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDH-PPH	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
P	Proche aidant
RAP	Recherche-action participative
S	Informateur clé secondaire
SAD	Soutien à domicile
WHO	World Health Organization

À ceux et celles dont les savoirs et la sagesse n'attendent que d'être partagés.

Si vous voulez vraiment comprendre un système, essayez de le changer.
Kurt Lewin, *Problems of Theoretical Psychology* (1996), p.31.

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à mes directrices : Mélanie et Annie. Votre écoute, votre disponibilité, vos encouragements et vos conseils m'ont permis de terminer cette maîtrise, ce qui en fait déjà une réussite. La poursuite de mes travaux avec vous est une nouvelle aventure qui reste, pour moi, tout aussi enthousiasmante.

Je tiens à remercier : pour avoir été pour moi un modèle de leadership et pour son soutien dès mes débuts en recherche, la professeure Johanne Desrosiers; pour leurs précieux conseils méthodologiques, les professeures Christine Loignon, Isabelle Gaboury, Nadine Larivière, Chantal Camden et Astrid Brousselle; pour leur disponibilité et leur soutien, les professeurs et collègues du programme recherche en sciences de la santé, de même que le personnel du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV; secrétariat, informatique, bibliothèque); pour leur soutien financier important, le Fonds de recherche en santé du Québec, le CdRV, la Faculté de médecine et des sciences de la santé et la Fondation canadienne d'ergothérapie; pour leur soutien financier dans la diffusion de mes travaux, le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, le Réseau provincial de recherche en adaptation et réadaptation et le Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

Je tiens aussi à remercier les personnes avec qui j'ai une complicité et qui ont contribué, chacune à leur manière, à la réussite de ce projet d'envergure. Pour leur soutien technique et graphique, Steeven, Marilou et Huguette de chez PRÉSÂGES; pour les retraits rédactionnelles et autres échanges, Lynda, Adèle, Kristelle, Valérie, Kateri et Marc-Antoine; pour leur présence, leurs encouragements et leur écoute patiente, Maman, Papa, Stéphane, Anne-Marie, Marie-Élaine et Marie-Ève; pour leur humour et parce qu'elles me ramènent à l'ordre quand je passe trop de temps à l'ordinateur, Lysianne, Claude-Marie et Audrey Ann, Audrey, Corinne et Ariane, Florence et Élise, les gens du sauvetage sportif; pour avoir été et être toujours pour moi une source d'inspiration, ma grand-mère Sylvette.

Enfin, j'aimerais remercier ceux, et surtout celles, sans qui rien n'aurait été possible, les ergothérapeutes, les cliniciens et les gestionnaires au soutien à domicile, les membres d'organismes communautaires, les usagers et les proches aidantes. En dépit des tempêtes et des turbulences qui affligent le réseau de la santé et des services sociaux, j'admire votre optimisme et votre résilience. La suite des choses est entre vos mains!

INTRODUCTION

La participation sociale est définie comme l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions sociales avec d'autres personnes dans la communauté (Levasseur, Richard, Gauvin, et Raymond, 2010). Cible ultime des interventions sociales et de santé, incluant celles des ergothérapeutes, la participation sociale contribue à la santé et au bien-être des aînés. Comme ils interviennent dans le milieu de vie des personnes, les ergothérapeutes œuvrant au soutien à domicile (SAD) des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) peuvent contribuer de façon importante à la participation sociale des aînés en intervenant pour améliorer ou maintenir les capacités fonctionnelles de la personne, en modifiant l'environnement ou en adaptant les activités courantes et sociales.

Devant la croissance des besoins liés au vieillissement de la population, la pratique des ergothérapeutes au SAD s'est restreinte à des rôles spécifiques, tels que l'autonomie et la sécurité à domicile, au détriment de la participation sociale (Carrier, Freeman, Levasseur, et Desrosiers, 2015). Plusieurs études ont porté sur la pratique des ergothérapeutes en milieu communautaire, incluant le SAD. Toutefois, peu se sont attardées à leur pratique en lien avec la participation sociale des aînés et aucune ne l'a fait de façon approfondie et exhaustive. Afin d'améliorer la pratique des ergothérapeutes au SAD, une meilleure compréhension des facteurs qui peuvent influencer l'intégration des interventions de participation sociale est nécessaire. La présente étude visait donc à repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD en vue de favoriser la participation sociale des aînés.

Ce mémoire se divise en huit chapitres. Le premier chapitre décrit la problématique à l'étude et le deuxième ses assises théoriques. La recension des écrits, présentée dans le chapitre suivant, aborde les pratiques ergothérapiques favorisant la participation sociale des aînés et les facteurs pouvant influencer l'intégration de ces pratiques en milieu communautaire. Le quatrième chapitre spécifie les questions auxquelles cette recherche vise à répondre et les objectifs en découlant, alors que le chapitre suivant présente les méthodes utilisées pour atteindre ces objectifs. Le sixième chapitre est consacré aux résultats. La discussion des résultats, des forces et limites de l'étude, de même que des retombées et recommandations, est présentée dans le septième chapitre. Enfin, le huitième chapitre porte sur les éléments clés de la recherche et les recommandations pour la pratique et la recherche.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques posent de nombreux défis pour les systèmes de santé des pays industrialisés. En 2031, près du quart de la population québécoise sera âgée de plus de 65 ans (Institut de la statistique du Québec, 2009). En vieillissant, 42 % des personnes vont présenter des incapacités (Kergoat et Légaré, 2007) pouvant entraîner des restrictions de participation sociale (Desrosiers, Noreau, et Rochette, 2004), diminuer leur autonomie fonctionnelle et leur qualité de vie (Levasseur, Desrosiers, et St-Cyr Tribble, 2008). Le vieillissement peut s'accompagner de l'apparition de maladies chroniques, incluant les maladies cardiovasculaires, les problèmes cognitifs, ou le cancer (Anderson, 2004), qui constituent la principale cause de mortalité (Kung, Hoyert, Xu, et Murphy, 2008) et d'incapacités (Anderson, 2004). Afin de prévenir leur apparition, il est possible de promouvoir la participation sociale des aînés (Rowe et Kahn, 1997). Définie comme la capacité d'une personne d'accomplir ses aspirations, de répondre à ses propres besoins et de s'adapter à son environnement, la santé comporte des liens inhérents avec la participation sociale (Organisation mondiale de la santé, 1986). Cible des interventions de santé, la participation sociale se définit comme l'implication d'une personne dans des activités procurant des interactions avec d'autres personnes dans la société (Levasseur et coll., 2010). En optimisant la participation sociale d'une personne, il est possible de réduire le risque de mortalité (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, et Stephenson, 2015) et de morbidité (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, et Hanratty, 2016) et d'accroître la santé et le bien-être (Young et Glasgow, 1998) ainsi que la qualité de vie (Levasseur et coll., 2008).

La promotion de la participation sociale des aînés nécessite la concertation de différents acteurs du milieu communautaire (Dechêne, Mégie, et Arcand, 2007), incluant les services de soutien à domicile (SAD) et les organismes communautaires. Pour favoriser la participation sociale des aînés, les services de SAD sont responsables de l'évaluation des besoins, incluant ceux liés à la participation sociale, et constituent une offre de services de première ligne indispensable (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Au Québec, les services de SAD sont offerts par les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS), dont la responsabilité est d'améliorer la santé et le bien-être de la population de

leur territoire (Gouvernement du Québec, 2015a). Pour rencontrer leur responsabilité, les CISSS doivent offrir des services accessibles, intégrés, continus et de qualité, en réalisant des actions individuelles et populationnelles. Cohérentes avec les visées du réseau de la santé (Gouvernement du Québec, 2015a) et l'approche de promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986), les actions favorisant la participation sociale des aînés, un déterminant modifiable de la santé, contribuent à améliorer la santé et le bien-être de la population. Ces actions sont offertes soit par des services SAD, soit en partenariat avec les organismes communautaires dont la mission est de favoriser l'intégration sociale.

Pourtant, les interventions de SAD favorisant la participation sociale, incluant celles des ergothérapeutes, varient en fonction du territoire où vivent les aînés (Lasser, Himmelstein, et Woolhandler, 2006). Bien qu'ils soient une de leurs cibles (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004), les besoins de participation sociale des aînés sont peu abordés par les professionnels de la santé au SAD (Tousignant, Dubuc, Hébert, et Coulombe, 2007). Chez les aînés ayant des incapacités, les besoins les moins répondus sont davantage reliés aux activités sociales, c'est-à-dire les loisirs, la vie communautaire et les relations sociales (Levasseur et coll., 2014; Turcotte, Larivière, et coll., 2015). De plus, les besoins liés à certaines activités courantes, telles que la pratique d'activités physiques, sont peu répondus. Parmi les raisons expliquant cette réponse partielle aux besoins de participation sociale des aînés, les ressources humaines et financières insuffisantes par rapport à la demande croissante des besoins au SAD sont parfois évoquées (Hébert, 2012). Or, d'autres facteurs, tels que l'organisation des services, auraient plus d'influence sur la réponse aux besoins des usagers que la quantité ou la variété des ressources (Lamarche, Pineault, Gauthier, Hamel, et Haggerty, 2011). Par conséquent, les CISSS ont du mal à exercer leur responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

Parmi les professionnels œuvrant au SAD (Gouvernement du Québec, 2015b), les ergothérapeutes pourraient jouer un rôle important pour favoriser davantage la participation sociale des aînés (Turcotte, Carrier, Desrosiers, et Levasseur, 2015). En effet, les interventions ergothérapiques peuvent maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des aînés, adapter les activités qu'ils considèrent comme importantes ou signifiantes, et modifier l'environnement afin qu'il soit soutenant ou sécuritaire (Townsend et coll., 2013).

Comme l'ensemble des professionnels œuvrant dans les établissements de santé du Québec (Gouvernement du Québec, 2013), les ergothérapeutes doivent agir en prévention et en promotion de la santé de la population qu'ils desservent, ce qui inclut aussi de promouvoir la participation sociale des aînés (Gouvernement du Québec, 2015b). Toutefois, en raison d'obstacles liés à l'organisation des services, à la collaboration interprofessionnelle ainsi que la complexité des besoins des usagers, contribuant à restreindre leur champ d'intervention, ces principes sont difficiles à intégrer à la pratique des ergothérapeutes au SAD (Turcotte, Carrier, et coll., 2015). Par conséquent, les actions des ergothérapeutes se limiteraient à assurer l'autonomie et la sécurité à domicile, plutôt que la participation sociale des aînés (Levasseur et coll., 2014). Pour contrer ces obstacles, il existe différents leviers d'action, incluant les structures organisationnelles, les politiques, la communication ou l'accompagnement des acteurs (Maillet, Lamarche, Roy, et Lemire, 2015). Toutefois, les leviers d'action à déployer pour intégrer des interventions de participation sociale par les ergothérapeutes au SAD demeurent méconnus.

De façon à fournir aux ergothérapeutes un contexte de pratique favorable à la promotion de la participation sociale des aînés, les pratiques pouvant être intégrées au SAD doivent d'abord être identifiées. De même, les facteurs pouvant influencer l'intégration de ces pratiques et les leviers d'action à déployer doivent être mieux connus afin d'être pris en compte adéquatement. La pertinence de mieux connaître les pratiques à intégrer de même que les facteurs qui pourraient influencer leur intégration est triple. En premier lieu, pour une société vieillissante comme celle du Québec, cette connaissance des moyens les plus appropriés de favoriser la participation sociale des aînés contribuera à cibler les actions à déployer afin de faciliter leur implantation pour, ultimement, améliorer les services de SAD offerts à la population. En second lieu, pour les professionnels de la santé et les gestionnaires, une meilleure compréhension des facteurs qui influencent leur pratique et des leviers dont ils disposent pour la changer pourrait servir à mieux former les étudiants en ergothérapie et soutenir les ergothérapeutes en exercice. En dernier lieu, pour les scientifiques, le présent mémoire permettra d'approfondir nos connaissances par rapport à ces facteurs et aux leviers d'action à déployer et identifier des pistes pour orienter les recherches futures.

CHAPITRE 2

ASSISES THÉORIQUES

Ce chapitre présente la conceptualisation des assises théoriques sous-jacentes à cette étude, incluant les interventions de participation sociale ainsi que les facteurs pouvant influencer leur intégration. Pour repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD en vue de favoriser la participation sociale des aînés, la présente recherche repose donc sur deux assises théoriques : le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH; Fougeyrollas, 2010) et le Modèle d'analyse de l'implantation de pratiques émergentes de Chaudoir, Dugan et Barr (2013). Ces deux assises théoriques ont guidé le développement des outils de collecte et l'analyse des données, en plus de servir de trame de fond à la recension des écrits de même que pour la présentation des résultats.

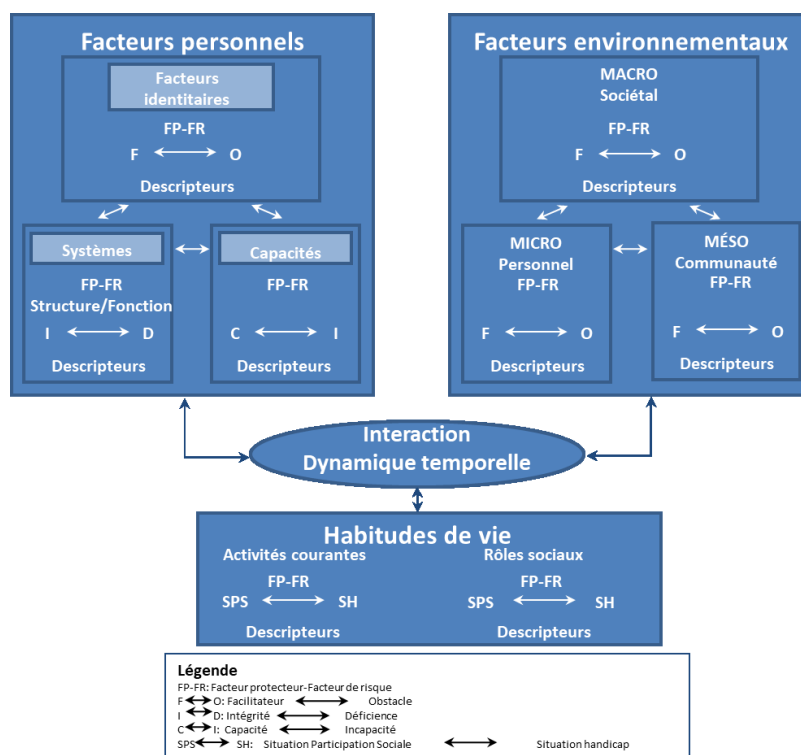
2.1 Modèle de développement humain – Processus de production du handicap

Le MDH-PPH est un modèle anthropologique explicatif des causes et des conséquences d'une maladie, d'un traumatisme ou d'autres atteintes à l'intégrité et au développement des personnes (Fougeyrollas, 2010). Selon le MDH-PPH, la **participation sociale** d'un individu découle d'une interaction complexe et multidimensionnelle entre un ensemble de facteurs personnels et environnementaux (Figure 1). La participation sociale est opérationnalisée par les habitudes de vie qui correspondent aux activités courantes ou aux rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel. Une **habitude de vie** correspond à la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux dans des situations de vie réelles. Ainsi, la participation sociale est le résultat interactif de facteurs intrinsèques (facteurs personnels) et extrinsèques (facteurs environnementaux) à l'individu (Figure 1). Les **facteurs personnels** incluent les caractéristiques individuelles, par exemple, l'âge, le genre et l'identité socioculturelle, tandis que les **facteurs environnementaux** comprennent le contexte sociopolitique dans lequel la personne évolue, incluant la gouvernance, les valeurs et les politiques. En fonction de l'adéquation entre ces facteurs, la personne expérimente une participation sociale optimale ou une situation de handicap dans différentes habitudes de vie (Figure 1). Dans le MDH-PPH, les habitudes de vie qui constituent la participation sociale peuvent se décliner en 12 domaines, dont la moitié réfèrent aux **activités courantes**

(alimentation, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation, mobilité) et l'autre moitié aux **rôles sociaux** (responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail, loisirs).

Figure 1

Modèle de développement humain – Processus de production du handicap



[Figure tirée de Fougeyrollas (2010). Autorisation de reproduction obtenue de Presses de l'Université Laval.]

Le MDH-PPH a été choisi comme assise théorique dans le cadre de la présente étude pour trois raisons principales. D'abord, le choix d'utiliser ce modèle s'appuie sur une analyse comparative antérieure ayant reconnu le MDH-PPH comme un modèle de référence pour analyser la participation sociale, notamment parce qu'il offre une description plus claire de ses dimensions et qu'il est plus facile à opérationnaliser (Levasseur, Desrosiers, et St-Cyr Tribble, 2007). Ensuite, ce modèle s'inscrit dans une orientation plus globale, holistique, écologique et systémique de l'interaction dynamique entre les facteurs personnels et environnementaux contribuant à la participation sociale. Finalement, élaboré selon la

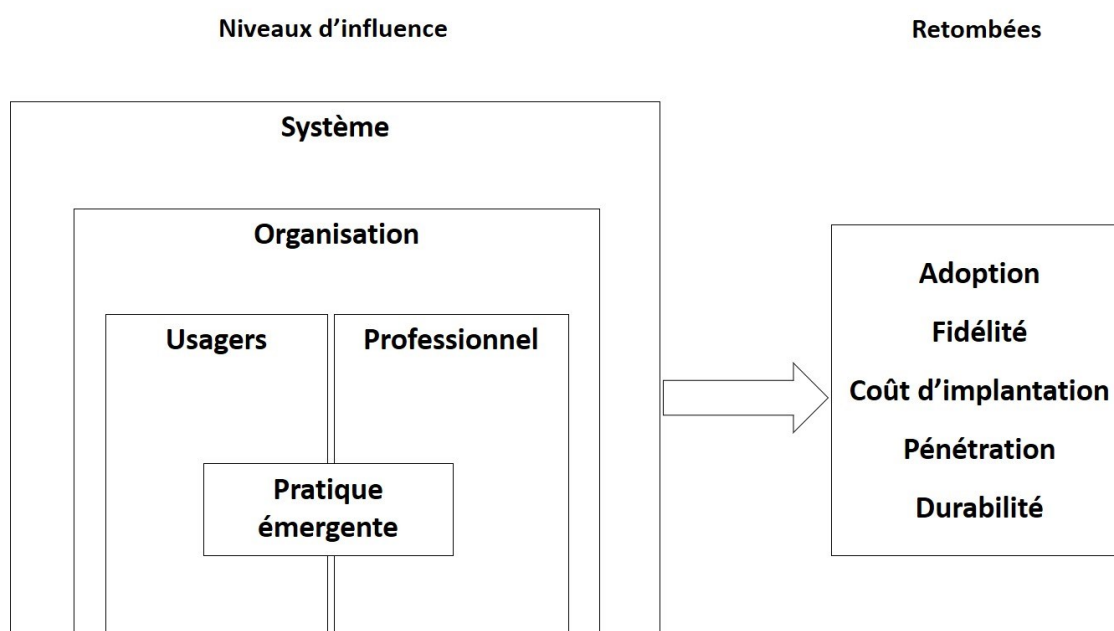
perspective de personnes ayant des incapacités, le modèle illustre une déstigmatisation du processus de production du handicap et reflète mieux l'idéologie des droits de la personne et de l'égalité des chances. Pour ces raisons, le MDH-PPH a servi à conceptualiser la participation sociale dans la réalisation de la présente recherche. Dans cette étude, il est important de noter qu'une importance plus grande a été accordée aux rôles sociaux, incluant les activités sociales et de loisirs, étant donné qu'ils sont davantage associés à la santé et au bien-être que les activités courantes (Levasseur et coll., 2008).

2.2 Modèle d'analyse d'implantation de pratiques émergentes de Chaudoir et coll.

Le modèle de Chaudoir et collaborateurs (2013) a été développé à la suite d'une recension systématique de cadres multiniveaux pour analyser l'implantation de pratiques émergentes en santé. Ce modèle a permis d'intégrer les composantes de 62 modèles et de les regrouper en cinq catégories de niveaux d'influence à considérer dans l'implantation de pratiques émergentes (Figure 2). Ces niveaux d'influence incluent les facteurs: 1) liés aux pratiques émergentes, 2) liés aux professionnels de la santé, 3) liés aux usagers, 4) organisationnels et 5) systémiques. Les facteurs liés aux **pratiques émergentes** comprennent les aspects des pratiques en santé à implanter, par exemple le type d'interventions ou le mode d'organisation (Figure 2). Pour cette étude, les pratiques émergentes réfèrent à des interventions qui comportent un certain niveau de preuve de leur efficacité, mais insuffisant pour être considérées comme 'prometteuses' (Canadian Homelessness Research Network, 2013). Les facteurs associés aux **professionnels** de la santé incluent les caractéristiques des individus qui interagissent auprès des usagers, notamment leur attitude à l'égard des meilleures pratiques ou leur ouverture au changement. Les facteurs reliés aux **usagers** correspondent aux caractéristiques de ces individus qui influencent les effets d'une pratique en santé, incluant la motivation à s'engager dans son plan d'intervention (Figure 2). Les facteurs **organisationnels** regroupent les différents aspects d'une organisation dans lesquels le service de santé se développe, tels que la culture de l'organisation, le type de leadership et le climat de travail. Enfin, les facteurs **systémiques** englobent le contexte élargi dans lequel un service de santé évolue, incluant son mandat ou le financement qui lui est alloué (Figure 2).

Figure 2

Modèle multiniveau pour analyser l'implantation de pratiques émergentes



[Figure traduite et adaptée de Chaudoir et coll. (2013). Autorisation de reproduction obtenue de BioMed Central.]

En plus des cinq catégories de niveaux d'influence, le modèle de Chaudoir et collaborateurs (2013) permet également d'analyser les retombées possibles de l'implantation (Figure 2). Cinq grandes catégories de retombées sont notamment comprises dans le modèle, incluant 1) l'adoption, 2) la fidélité, 3) le coût d'implantation, 4) la pénétration et 5) la durabilité. Selon Chaudoir et collaborateurs (2013), l'**adoption** réfère à l'intention, à la décision initiale ou à l'action d'intégrer une pratique émergente. La **fidélité** se définit comme le degré avec lequel une intervention est implantée comme prescrit par le protocole original ou prévu par les personnes l'ayant développée. De son côté, le **coût d'implantation** réfère au coût nécessaire pour qu'une implantation obtienne les effets désirés. La **pénétration** est quant à elle définie comme l'intégration d'une pratique émergente dans une organisation ou un programme; cette pénétration varie en fonction du nombre d'utilisateurs ayant reçu l'intervention ou du nombre de professionnels l'ayant fourni à travers un système. Enfin, la **durabilité** réfère à la mesure avec laquelle une pratique émergente persiste ou s'institutionnalise dans les pratiques routinières des professionnels ou des organisations.

Lorsque pris en compte de façon globale, les niveaux d'influence et les retombées permettent d'établir des liens entre les efforts d'implantation et leurs effets. Pour cette étude, puisqu'elle constituait une préimplantation, seuls les 'niveaux d'influence' du modèle ont été considérés. Quant à elles, les 'retombées' pourront être mesurées tout au long des phases futures, lors de l'implantation des pratiques souhaitées.

Le modèle de Chaudoir et collaborateurs (2013) offre trois principaux avantages. D'abord, le modèle a été choisi puisqu'il s'appuie sur un nombre important de modèles théoriques visant l'analyse de l'implantation de pratiques émergentes ou d'innovations en santé. De plus, contrairement aux autres modèles recensés, il intègre les caractéristiques de l'utilisateur comme une partie intégrante de l'implantation d'une pratique émergente, ce qui constitue un atout incontournable. Enfin, les catégories de niveaux d'influence restent suffisamment vagues, ce qui permet de les adapter au contexte de la présente étude.

CHAPITRE 3

RECENSION DES ÉCRITS

La présente recension des écrits vise à brosser un portrait de l'état actuel des connaissances relatives à l'intégration de pratiques favorisant la participation sociale des aînés par les ergothérapeutes au SAD. Étant donné le nombre limité d'écrits traitant spécifiquement du SAD, tous les écrits portant sur le milieu communautaire ont été inclus, ce qui comprend, les services de SAD de même que l'ensemble des services de première ligne offerts dans la communauté. Pour bien circonscrire le thème d'intérêt, la recension des écrits est présentée en deux volets. D'abord, le premier volet présente une synthèse des pratiques prometteuses pouvant favoriser la participation sociale des aînés et réalisées par des ergothérapeutes, de leurs pratiques courantes en milieu communautaire ainsi que des défis qui y sont reliés. Le second volet présente ensuite les facteurs pouvant influencer l'intégration de ces pratiques en milieu communautaire. Enfin, une synthèse de la recension des écrits sera réalisée.

3.1 Pratiques ergothérapiques favorisant la participation sociale des aînés

Ce premier volet est issu des résultats d'une recension élargie des écrits scientifiques publiée récemment (Turcotte, Carrier, Roy, et Levasseur, 2018). Puisque cette étude porte sur des dimensions sociales et de la santé, huit banques de données en sciences de la santé et en gestion ont été consultées. Ces banques de données incluent Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, OTDBASE, CINAHL, Scopus, Academic Search Complete, Healthstar et Business Search Complete. La recherche documentaire a compris les mots-clés liés à la participation sociale (*social participation, social involvement, community participation*), l'ergothérapie (*occupational therapy, rehabilitation*), au milieu communautaire (*community dwelling, community health services, home care*) et aux personnes âgées (*older adults, geriatric, aging, seniors*). Finalement, la liste de références à la fin des articles a été consultée pour permettre de trouver de nouveaux articles pertinents. Les articles retenus ont été publiés en français ou en anglais ainsi que dans une période qui couvrait de janvier 1995 à mai 2017.

Selon cette recension, différents travaux de recherche ont étudié les interventions réalisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire pour soutenir la participation sociale des aînés. Puisqu'elles indiquent la direction que peuvent prendre les interventions

des ergothérapeutes en milieu communautaire, les études portant sur les pratiques favorisant la participation sociale seront d'abord présentées. Par la suite, pour brosser un portrait de l'état actuel de leur pratique et expliquer les défis à l'intégration de ces pratiques prometteuses, les écrits portant sur la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire et les défis qui y sont reliés seront détaillés dans les sous-sections suivantes.

3.1.1 Pratiques prometteuses pour favoriser la participation sociale des aînés

Cette première section de la recension des écrits visait à identifier les pratiques prometteuses visant à favoriser la participation sociale des aînés par des ergothérapeutes en milieu communautaire. Pour cette recension, les **pratiques prometteuses** étaient définies comme des interventions ayant un niveau suffisant de preuve scientifique pour démontrer leur efficacité (Canadian Homelessness Research Network, 2013). Bien que la méthode des recensions élargies ne vise pas à évaluer la qualité des études (Arksey et O'Malley, 2005), les articles ont été sélectionnés de façon exhaustive par deux évaluateurs indépendants. Par exemple, pour qu'une pratique soit jugée prometteuse, elle devait avoir été évaluée en contexte de recherche à l'aide méthodologies crédibles et rigoureuses. En cohérence avec l'approche de Arksey et O'Malley (2005), le dispositif de recherche de l'étude était considéré à des fins d'analyses sans toutefois constituer un critère de sélection. L'identification des pratiques prometteuses préalable à leur implantation était visée, notamment pour favoriser leur adaptabilité à différents contextes (Canadian Homelessness Research Network, 2013).

Pour ce premier volet, la recension a permis d'identifier 19 études distinctes, décrivant un total de 20 pratiques prometteuses et publiées dans 27 articles (Ciro et Smith, 2015; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Ciro et coll., 2015; Dawson et coll., 2014; Di Stefano et coll., 2009; Dugow et coll., 2012; Eklund et coll., 2008; Garvey et coll., 2015; Graff et coll., 2006; Graff et coll., 2007; Graff et coll., 2008; Jackson et coll., 1998; Jackson et coll., 2009; Johansson et Björklund, 2016; Larsson et coll., 2016; Leland et coll., 2016; Logan et coll., 2004; Matuska et coll., 2003; Mountain et coll., 2008; Mulry et Piersol, 2014; Murphy et coll., 2008; O'Toole et coll., 2013; Walker et coll., 2004; Zingmark et coll., 2014; Zingmark et coll., 2016). Ces pratiques étaient toutes réalisées par des ergothérapeutes en milieu communautaire et visaient à favoriser la participation sociale.

Parmi les 20 pratiques prometteuses identifiées (Tableau 1), trois types d'interventions ont été décrits, soit les pratiques combinant les modalités individuelles et de

groupe, celles qui comprennent uniquement un volet de groupe de même que celles formées exclusivement d'un volet individuel. Les trois types d'interventions seront d'abord décrits selon la forme offerte. Ensuite, pour l'ensemble des pratiques prometteuses, les possibilités sont catégorisées selon les dimensions du MDH-PPH (Fougeyrollas, 2010) en fonction de leurs **composantes**, soit les éléments de contenu ciblés par l'intervention, et de leurs **effets**, soit les résultats observés. Par la suite, les trois types d'intervention seront comparés entre eux. Finalement, les écrits recensés seront critiqués de façon intégrée.

Tableau 1

Pratiques ergothérapeutiques prometteuses favorisant la participation sociale des aînés§

Type de pratique	Population d'aîné ciblée (référence)	Nom de la pratique
Pratique combinée de groupe et individuelle (n = 11)	1) Aux origines socioculturelles diverses ¹⁻⁴	• <i>Lifestyle Redesign®</i>
	2) Aux origines socioculturelles diverses ⁵⁻⁷	• <i>Lifestyle Redesign®</i>
	3) Avec troubles cognitifs légers ⁸	
	4) Avec ou sans incapacités ⁹	
	5) Avec des maladies chroniques ¹⁰	• <i>Independent living programme</i>
	6) Avec plusieurs maladies chroniques ¹¹	• <i>OPTIMAL programme</i>
	7) Avec des maladies chroniques ne recevant pas de soins à domicile ¹²	
	8) À risque de solitude ¹³	
	9) Avec et sans incapacités ¹⁴	• <i>Lifestyle Matters</i>
	10) Sans incapacité ou maladie ¹⁵	• <i>Let's Go</i>
	11) Avec douleur chronique aux membres inférieurs ¹⁶	• <i>Activity strategy training</i>
Pratique de groupe (n = 5)	12) Marginalisés socialement ¹⁷	
	13) Avec déficience visuelle ¹⁸	
	14) Sans incapacités ¹⁹	• <i>Designing a Life of Wellness</i>
	15) Avec plusieurs maladies chroniques ²⁰	
	16) Vivant seuls et autonomes ^{21,22}	
Pratique individuelle (n = 4)	17) Avec démence et leur proche aidant ²³⁻²⁵	
	18) Ayant eu un AVC ²⁶	
	19) Ayant eu un AVC ²⁷	
	20) Vivant seuls et autonomes ²²	

Légende : Les 20 pratiques prometteuses sont présentées selon les types de pratiques. Le nom de la pratique est rapporté s'il y a lieu; sinon, la case est laissée vide. Les numéros en exposant réfèrent aux études identifiées par le nom du premier auteur: 1.Clark (1997), 2.Clark (2001), 3.Hay (2002); 4.Jackson (1998); 5.Clark (2012); 6.Jackson (2009); 7.Leland (2016); 8.Dawson (2014) ; 9.DiStefano (2009) ; 10.Dugow (2012) ; 11.Garvey (2015); 12.Johannson (2016); 13.Larsson (2016); 14.Mountain (2008); 15.Mulry (2014); 16.Murphy (2008) ; 17.Ciro (2015); 18.Eklund (2008); 19.Matuska (2003); 20.O'Toole (2013); 21.Zingmark (2016); 22.Zingmark (2014); 23.Graff (2007); 24.Graff (2006); 25.Graff (2008); 26.Logan (2004); 27.Walker (2004); §adapté de Turcotte et coll. (2018).

Onze pratiques prometteuses, décrites dans 16 articles distincts, combinaient les modalités individuelles et de groupe (Clark et coll., 2001; Clark et coll., 1997; Clark et coll.,

2012; Dawson et coll., 2014; Di Stefano et coll., 2009; Dugow et coll., 2012; Garvey et coll., 2015; Hay et coll., 2002; Jackson et coll., 1998; Jackson et coll., 2009; Johansson et Björklund, 2016; Larsson et coll., 2016; Leland et coll., 2016; Mountain et coll., 2008; Mulry et Piersol, 2014; Murphy et coll., 2008). Sur ces onze pratiques, six ont fait l'objet d'études quasi-expérimentales (Dawson et coll., 2014; Di Stefano et coll., 2009; Johansson et Björklund, 2016; Larsson et coll., 2016; Mountain et coll., 2008; Mulry et Piersol, 2014) et cinq faisaient partie d'essais cliniques randomisés (ECR; Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Garvey et coll., 2015; Larsson et coll., 2016; Murphy et coll., 2008). Dans ces pratiques, les modalités de groupe constituaient des séances d'une durée de 45 minutes à trois heures, animées par un à deux ergothérapeutes, auprès de 6 à 16 aînés vivant dans la communauté (Turcotte et coll., 2018). Les séances de groupe étaient offertes à chaque semaine ou aux deux semaines et échelonnées sur une période de 4 à 36 semaines. Ces séances comportaient différents moyens tels que des présentations didactiques, des échanges entre pairs, des expériences de participation directes ou des démonstrations, des explorations personnelles et des informations écrites. Le volet individuel comprenait quant à lui entre une et six rencontres additionnelles qui visaient notamment à établir des objectifs personnalisés, à fournir des aides techniques, à enseigner des principes d'économie d'énergie ou à aborder les difficultés de participation sociale.

Cinq autres pratiques rapportées dans six articles utilisaient uniquement un volet de groupe (Ciro et Smith, 2015; Eklund et coll., 2008; Matuska et coll., 2003; O'Toole et coll., 2013; Zingmark et coll., 2014; Zingmark et coll., 2016). Sur ces cinq pratiques, deux ont fait partie d'ECR (Eklund et coll., 2008; Zingmark et coll., 2016), deux autres faisaient partie d'études mixtes non expérimentales (Ciro et Smith, 2015; O'Toole et coll., 2013) et la dernière faisait l'objet d'une étude quasi expérimentale (Matuska et coll., 2003). Ces pratiques étaient animées par un ou deux ergothérapeutes et offertes auprès de quatre à huit participants (Turcotte et coll., 2018). La durée de ces interventions de groupe variait entre une session unique de deux heures et des sessions hebdomadaires sur une période de six mois. Ces interventions consistaient à offrir des présentations didactiques, des échanges entre pairs et des expériences directes, en plus d'être centrées sur des moyens de promouvoir l'engagement dans des activités significantes.

Les quatre autres pratiques, publiées dans six articles, comprenaient exclusivement un volet individuel (Graff et coll., 2008; Graff et coll., 2007; Graff et coll., 2006; Logan et coll., 2004; Walker et coll., 2004; Zingmark et coll., 2014). De ces quatre études publiées dans cinq articles, trois étaient des ECR (Graff et coll., 2008; Graff et coll., 2007; Graff et coll., 2006; Logan et coll., 2004; Zingmark et coll., 2014) et une était une méta-analyse de huit ECR (Walker et coll., 2004). Ces pratiques consistaient à offrir des sessions individuelles, notamment pour enseigner l'utilisation de stratégies compensatoires et proposer des adaptations pour faciliter l'engagement dans des activités significatives. Pour ces pratiques, le nombre de sessions variait entre 3 et 40 rencontres individuelles, qui ciblaient l'environnement social (le soutien et l'enseignement de stratégies aux proches aidants) et physique (modifications du domicile ou utilisation du transport en commun) en plus de fixer des objectifs (Turcotte et coll., 2018).

Les composantes et les effets des pratiques prometteuses ont été intégrés et sont présentés successivement. L'ensemble des pratiques prometteuses ciblaient principalement des composantes liées à la **participation sociale**, tandis que leurs effets ont été décrits surtout pour les **facteurs personnels** et, plus rarement, pour les **facteurs environnementaux** (Turcotte et coll., 2018). Concernant la **participation sociale**, les composantes des pratiques prometteuses incluaient d'enseigner le lien positif entre la santé et le fait d'avoir une participation sociale optimale, la pratique d'activité physique, la promotion de l'équilibre de vie et la conservation d'énergie ainsi que la conduite automobile et les options pour la mobilité dans la communauté (Tableau 2). Pour les **facteurs personnels**, les composantes des pratiques prometteuses s'étaient surtout attardées à l'autogestion des symptômes, incluant l'établissement d'objectifs et la promotion du bien-être psychologique. Pour les **facteurs environnementaux**, les pratiques prometteuses agissaient sur des composantes de l'environnement physique et les aides techniques, assuraient la prévention des chutes et la sécurité à domicile ou à l'extérieur ainsi que les alternatives de transport (Tableau 2).

Tableau 2

Composantes des pratiques prometteuses favorisant la participation sociale des aînés

Composante	Thème (référence)
Participation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Lien entre les activités significatives et la santé^{1-7, 10, 12-15, 17, 19-25, 26} • Exercices, mobilité et activités physiques^{1-7, 10-12, 15-16, 22} • Équilibre de vie et conservation d'énergie^{1-7, 10-12, 14, 16, 19-20} • Déplacements dans la communauté et conduite automobile^{1-7, 9, 12, 14-15, 18-19, 26}

Composante	Thème (référence)
	<ul style="list-style-type: none"> • Loisirs et activités significantes^{14-15, 17, 19, 21-25, 27} • Communication (incluant les professionnels de la santé)^{1-7, 11, 13, 18-20} • Moyens d'adapter les activités^{1-7, 10, 13, 16, 23-25} • Saine alimentation^{10-12, 18, 21-22} • Interactions sociales^{1-7, 10-12, 21-22} • Gestion des médicaments^{10-11, 18, 20} • Gestion financière^{1-7, 12-13, 18} • Commissions et magasinage¹⁸ • Entretien du domicile¹⁸ • Activités sociales sur le web¹³
Facteurs personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Identification d'objectifs individuels^{1-7, 10-11, 13, 15, 22} • Autogestion des symptômes^{8, 10, 14, 16-18} • Promotion du bien-être psychologique^{11-12, 14, 20} • Stratégies occupationnelles pour optimiser le fonctionnement cognitif⁸ • Spiritualité¹⁴ • Promotion du bien-être physique¹⁴
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement physique (domicile) et aides techniques^{1-7, 10, 12-13, 15, 23-25} • Sécurité à domicile et prévention des chutes^{1-7, 12, 14, 19} • Sécurité extérieure et alternatives au transport^{1-7, 9, 12, 15} • Environnement social (proches aidants)²³⁻²⁵ • Technologies informatiques¹³ • Rôle des ergothérapeutes⁹

Légende : Les numéros en exposant réfèrent aux études identifiées par le nom du premier auteur: 1.Clark (1997), Clark (2001), Hay (2002); 4.Jackson (1998); 5.Clark (2012); 6.Jackson (2009); 7.Leland (2016); 8.Dawson (2014) ; 9.DiStefano (2009) ; 10.Dugow (2012) ; 11.Garvey (2015); 12.Johannson (2016); 13.Larsson (2016); 14.Mountain (2008); 15.Mulry (2014); 16.Murphy (2008) ; 17.Ciro (2015); 18.Eklund (2008); 19.Matuska (2003); 20.O'Toole (2013); 21.Zingmark (2016); 22.Zingmark (2014); 23.Graff (2007); 24.Graff (2006); 25.Graff (2008); 26.Logan (2004); 27.Walker (2004); §adapté de Turcotte et coll. (2018).

La plupart des effets des pratiques prometteuses étaient liés aux **facteurs personnels** (Turcotte et coll., 2018) et permettaient d'améliorer le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi, l'autoperception de sa santé et le bien-être, la qualité de vie et la santé mentale (Tableau 3). Les effets des pratiques prometteuses relatifs à la **participation sociale** comprenaient une amélioration de la participation globale aux activités, celle aux loisirs et aux activités sociales. La satisfaction envers la vie, les interactions sociales et le fonctionnement social ont également été améliorés. Par rapport aux effets sur les **facteurs environnementaux**, quatre études ont démontré une réduction des coûts de santé. Ce rapport coût/efficacité était démontré à la fois pour les pratiques combinant les groupes et l'individuel (Clark et coll., 2012; Hay, LaBree, Luo, Clark, et coll., 2002), celles qui n'étaient formées que du volet de groupe (Zingmark et coll., 2016) ou du volet individuel (Graff et coll., 2008). Une seule étude a démontré une réduction des coûts totaux, c'est-à-dire en considérant les coûts de santé et ceux des municipalités (Zingmark et coll., 2016).

Tableau 3
Effets des pratiques prometteuses visant la participation sociale des aînés§

Effet	Thème (référence)
Facteurs personnels	↑ auto-efficacité et confiance en soi ^{8, 11-12, 14-15} ↑ bien-être et santé auto-perçue ^{1-7, 14, 18, 21-25} ↑ qualité de vie ^{1-7, 14, 21-25, 27} ↑ santé mentale et ↓ symptômes dépressifs ^{1-7, 12, 19, 23-25} ↓ incapacités physiques ^{1-4, 10-11, 16, 27} ↑ vitalité ^{1-7, 12, 19} ↓ douleur corporelle ^{1-7, 16} ↑ motivation à s'engager dans des activités ¹⁰⁻¹¹ ↑ littératie concernant le lien entre la santé et les activités ^{15, 17} ↑ connaissance des moyens de transport ^{9, 15} ↑ conscience des risques de la conduite automobile ⁹ ↑ littératie sur le rôle de l'ergothérapeute ⁹ ↓ solitude ¹³ ↑ sentiment d'appartenance ¹² Aucun effet sur le fonctionnement cognitif ⁵⁻⁷ Aucun effet sur les fonctions exécutives ⁸ Aucun effet sur l'auto-efficacité ¹⁶
Participation sociale	↑ participation dans les activités sociales et loisirs ^{1-8, 11-12, 16-17, 20-22, 26-27} ↑ participation globale dans les activités ^{8, 10-12, 17-18, 21-25, 27} ↑ satisfaction envers la participation et la vie ^{1-7, 10-11, 13, 17, 20} ↑ interactions sociales ^{1-4, 12-14, 19-20} Amélioration de la participation sociale maintenue ^{1-4, 15, 23-26} ↑ fonctionnement social ^{1-7, 19} ↑ interactions sociales en ligne ¹³ ↑ préparation aux rendez-vous ⁸ ↑ déplacements dans la communauté ¹⁵ ↑ sommeil nocturne ⁷
Facteurs environnementaux	↓ coûts de santé ^{3,5,21,25} ↓ coûts totaux (incluant les coûts municipaux et de santé) ²¹

Légende : Les numéros en exposant réfèrent aux études identifiées par le nom du premier auteur: 1.Clark (1997), 2.Clark (2001), 3.Hay (2002); 4.Jackson (1998); 5.Clark (2012); 6.Jackson (2009); 7.Leland (2016); 8.Dawson (2014) ; 9.DiStefano (2009) ; 10.Dugow (2012) ; 11.Garvey (2015); 12.Johannson (2016); 13.Larsson (2016); 14.Mountain (2008); 15.Mulry (2014); 16.Murphy (2008) ; 17.Ciro (2015); 18.Eklund (2008); 19.Matuska (2003); 20.O'Toole (2013); 21.Zingmark (2016); 22.Zingmark (2014); 23.Graff (2007); 24.Graff (2006); 25.Graff (2008); 26.Logan (2004); 27.Walker (2004); §adapté de Turcotte et coll. (2018).

Afin d'identifier les types de pratiques les plus probants, une étude a comparé les effets de trois interventions ergothérapeutiques (Zingmark et coll., 2014; 2016). Lors d'un ECR auprès d'aînés vivant seuls (n = 177), les effets des pratiques ont été mesurés au sein de quatre groupes distincts. Le premier groupe recevait entre trois et huit contacts individuels sur une période de 10 semaines, le second participait à huit séances hebdomadaires d'activités de groupe en ergothérapie d'une durée de 90 minutes chacune, le troisième participait à une séance de groupe unique durant deux heures et le quatrième recevait les soins habituels, c'est-à-dire qu'aucune intervention ergothérapeutique n'était offerte. Par

rapport aux soins habituels, les trois pratiques amélioraient significativement la participation sociale, mais seule la séance de groupe était rentable à trois ($p = 0,02$) et à 12 mois ($p = 0,04$), c'est-à-dire qu'il y avait une diminution significative des coûts de santé. En revanche, les effets sur la santé et la participation sociale étaient plus durables chez les aînés ayant participé aux séances hebdomadaires d'activités ($d = 0,38$) ou ayant reçu le suivi individuel ($d = 0,30$).

En résumé, bien que ces pratiques soient jugées prometteuses, les études comportent des limites. D'abord, elles ont toutes été réalisées dans un contexte autre que celui du Québec. Ainsi, puisque les systèmes de santé où se déroulaient ces études ont des caractéristiques qui leur sont propres, ces différences limitent la transférabilité des pratiques chez les ergothérapeutes québécois. Ensuite, les pratiques ont surtout été étudiées en contexte de recherche, dans un environnement partiellement contrôlé, et elles n'ont pas été implantées dans la pratique courante d'ergothérapeutes en milieu communautaire. Ainsi, puisque ces pratiques prometteuses n'ont pas été implantées, un écart avec la pratique courante pourrait exister et nécessite d'être davantage étudié. Étant donné le contexte de recherche, les participants ont été recrutés de façon spécifique pour chaque programme, à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion stricts, ce qui peut limiter leur transférabilité au contexte propre au milieu communautaire des ergothérapeutes et à la diversité de leur clientèle. Enfin, les composantes des interventions qui permettraient d'expliquer les effets obtenus n'étaient pas décrites. Il est donc difficile de sélectionner les composantes essentielles qui permettraient à une intervention, une fois implantée en contexte réel, d'obtenir ses effets.

3.1.2 Pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire

Cette deuxième section de la recension des écrits visait à décrire la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire en lien avec la participation sociale des aînés. Suivant la démarche précédemment décrite (Turcotte et coll., 2018), ce volet a permis d'identifier 13 études, publiées dans 15 articles, portant chacune sur la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire (Carrier et coll., 2015; Carrier et coll., 2016; Craig, 2012; Filiatrault et Richard, 2005; Furåker et Nilsson, 2011; Hébert, 2001; Hébert, Maheux, et Potvin, 2002; Holmberg et Ringsberg, 2014; Lilja et Borell, 2001; Mitchell et Unsworth, 2004; Quick, Harman, Morgan, et Stagnitti, 2010; Ramsey, 2007; Trentham, Cockburn, et Shin, 2007; Turcotte, Carrier, et coll., 2015; Wood, Fortune, et McKinstry, 2013). De ces 13 études publiées dans 15 articles, quatre ont été réalisées au Québec et neuf

autres étaient issues d'ailleurs. Les pratiques courantes rapportées dans les études seront d'abord présentées de façon intégrée. Ensuite, les études réalisées à l'extérieur du Québec seront décrites plus en détail, suivies de celles ayant eu lieu au Québec. Finalement, une synthèse critique de l'ensemble de ces études sera présentée.

De façon générale, les **caractéristiques** des pratiques courantes des ergothérapeutes en milieu communautaire ne ciblait pas explicitement la participation sociale (Turcotte et coll., 2018). Dans les études recensées, les ergothérapeutes réalisaient surtout des visites à domicile (Tableau 4). Les interventions actuelles comprenaient notamment le soutien et l'accompagnement dans les démarches d'accès aux aides techniques, telles que les quadriporteurs ainsi que des adaptations simples du domicile. Plutôt que de favoriser la participation sociale, les interventions actuelles se concentraient autour de la sécurité à domicile et l'autonomie dans les soins personnels et les déplacements (Tableau 4). Les ergothérapeutes occupaient surtout un rôle de consultant qui consistait principalement à réaliser des tâches administratives et à offrir un soutien à court terme. De même, les interventions s'inscrivaient davantage selon une perspective individuelle plutôt que populationnelle (Tableau 4). Certains ergothérapeutes contribuaient néanmoins au développement des communautés, incluant l'organisation d'interventions de groupe ou des projets communautaires, ainsi que l'éducation à la santé en lien avec les occupations.

Tableau 4

Caractéristiques de la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire§

Caractéristique	Thème (référence)
	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des visites à domicile^{1-2, 4-7, 9-12,14-15} • Ne pas cibler la participation sociale^{1-5, 9, 11, 13-15} • Superviser et fournir des aides techniques^{1-5, 9, 14} • Se centrer sur l'autonomie et la sécurité^{1-2, 4-7, 9, 14} • Agir comme consultant^{5-7, 9-10, 14} • Réaliser des tâches administratives^{6-7, 9-12} • Transmettre des conseils de santé fondés sur l'occupation^{4, 9-11, 14} • Prioriser les interventions individuelles aux interventions populationnelles^{8-9, 11, 13, 15} • Soutenir le développement communautaire et les interventions de groupe^{10-11, 13, 15} • Avoir une pratique centrée sur le client restreinte^{1-2, 6-7, 12, 14} • Avoir une pratique axée sur le court terme^{6-7, 14}

Légende : Les numéros en exposant réfèrent aux études identifiées par le nom du premier auteur: 1.Carrier (2015); 2.Carrier (2016); 3.Craig (2012); 4.Filiatrault (2005); 5.Furåker (2011); 6.Hébert (2001); 7.Hébert (2002); 8.Holmberg (2014); 9.Lilja (2001); 10.Mitchell (2004); 11.Quick (2010); 12.Ramsey (2007); 13.Trentham (2007); 14.Turcotte (2015); 15.Wood (2013); §adapté de Turcotte et coll. (2018).

Dans cette portion de la recension, neuf études réalisées ailleurs qu'au Québec ont décrit une pratique courante en milieu communautaire décalée par rapport aux pratiques prometteuses et suggèrent un rôle limité de l'ergothérapeute (Craig, 2012; Furåker et Nilsson, 2011; Holmberg et Ringsberg, 2014; Lilja et Borell, 2001; Mitchell et Unsworth, 2004; Quick et coll., 2010; Ramsey, 2007; Trentham et Cockburn, 2007; Wood et coll., 2013). Outre la Suède où les interventions ciblaient particulièrement les activités de loisirs (Lilja et Borell, 2001), trois recherches ont rapporté un rôle limité dans lequel il était difficile pour les ergothérapeutes de favoriser la participation sociale (Holmberg et Ringsberg, 2014; Quick et coll., 2010; Wood et coll., 2013). Selon l'étude qualitative de Wood et collaborateurs (2013) réalisée auprès de cinq ergothérapeutes, les interventions individuelles occuperaient une plus grande place dans la pratique que les interventions populationnelles, qui permettent d'atteindre un plus grand nombre de personnes avec moins de ressources. Par ailleurs, selon des groupes de discussions impliquant des ergothérapeutes en milieu communautaire en Norvège ($n = 24$), peu d'interventions de promotion de la santé étaient réalisées selon une perspective sociale (Holmberg et Ringsberg, 2014), bien que ces pratiques soient considérées comme importantes pour ces ergothérapeutes. Cette implication limitée a aussi été décrite dans une étude quantitative réalisée auprès de 205 ergothérapeutes australiens (Quick et coll., 2010). Enfin, une seule étude a permis de décrire des pratiques ergothérapiques en développement des communautés (Trentham et coll., 2007). Le développement des communautés est un processus à plusieurs niveaux et dirigé par la communauté qui vise à promouvoir la participation des membres de la communauté à des occupations significatives (Lauckner, Krupa, et Paterson, 2011). Selon Trentham et Cockburn (2007), ces pratiques se déclinaient de trois façons : le développement local (sécurité du voisinage), la planification sociale (sensibilisation à grande échelle de type *top-down*) ou l'action sociale (résolution de problèmes de type *bottom-up*). Par contre, ces études avaient une perspective plus large que les interventions de participation sociale et ont été réalisées dans un milieu différent du SAD.

D'autres travaux s'intéressant à la pratique courante des ergothérapeutes au SAD ont été effectués au Québec (Carrier, Levasseur, Freeman, et Desrosiers, 2016; Carrier et coll., 2015; Filiatrault et Richard, 2005; Hébert, 2001; Turcotte, Carrier, et coll., 2015). Selon une enquête quantitative réalisée en 1998 auprès de 249 ergothérapeutes québécois (Hébert,

2001), les interventions réalisées au SAD favorisaient peu la participation à des activités significatives et se concentraient surtout autour de la sécurité à domicile et l'indépendance dans les activités courantes (Hébert, 2001). Cependant, depuis le moment de cette étude, plusieurs réformes du réseau de la santé ont contribué à modifier le contexte du SAD et, insidieusement, le type d'interventions qui y sont réalisées (Carrier, Levasseur, Bédard, et Desrosiers, 2012). Plus récemment, des analyses secondaires réalisées par Turcotte et collaborateurs (2015) de données qualitatives recueillies de 2009 à 2010 visaient à explorer les interventions de participation sociale des ergothérapeutes au SAD ($n = 11$) auprès d'ânés ayant des incapacités, ainsi que les barrières à ces pratiques. Selon cette étude, les pratiques des ergothérapeutes visaient surtout à maintenir l'autonomie fonctionnelle dans les soins personnels et la mobilité, et non la participation sociale. Comme cette étude consistait en des analyses secondaires d'une recherche ne portant pas spécifiquement sur les interventions de participation sociale, les défis de la pratique courante des ergothérapeutes au SAD dans ce champ doivent être mieux compris.

Sommairement, la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire est décrite comme étant restreinte à des rôles spécifiques, tels que le maintien de la sécurité à domicile et l'autonomie dans les soins personnels et les déplacements. En revanche, les études recensées comportent des limites. En premier lieu, les études réalisées au Québec ne portaient pas spécifiquement sur la participation sociale, mais sur l'ensemble des interventions offertes. Néanmoins, puisque les interventions sur la participation sociale et l'engagement dans des activités significatives sont apparues insuffisantes, il importe de s'y attarder plus spécifiquement afin de mieux comprendre les défis en lien avec ces pratiques. En second lieu, les études s'appuyaient surtout sur la perspective des ergothérapeutes. Comme cette pratique restreinte dépend de facteurs qui vont au-delà de l'ergothérapeute lui-même, il importe de mieux comprendre la perspective des autres partenaires au SAD.

3.1.3 Défis de la pratique des ergothérapeutes en lien avec la participation sociale

Ce volet de la recension visait à décrire les défis de la pratique des ergothérapeutes en lien avec les interventions qui favorisent la participation sociale en milieu communautaire. Suivant la démarche décrite précédemment (Turcotte et coll., 2018), les facilitateurs et les obstacles à la pratique courante des ergothérapeutes ont été décrits dans 13 études descriptives, rapportées dans 15 articles (Carrier et coll., 2016; Carrier et coll., 2015; Craig,

2012; Filiatrault et Richard, 2005; Furåker et Nilsson, 2011; Hébert, 2001; Hébert et coll., 2002; Holmberg et Ringsberg, 2014; Lilja et Borell, 2001; Mitchell et Unsworth, 2004; Quick et coll., 2010; Ramsey, 2007; Turcotte et coll., 2015; Trentham et Cockburn, 2007; Wood et coll., 2013). D’abord, les défis identifiés dans ces études seront décrits en intégrant les obstacles puis les facilitateurs. Ensuite, d’autres défis n’ayant pas été inclus dans la recension élargie, mais étant tout de même pertinents, seront présentés. Puis, cette section fera l’objet d’une synthèse critique.

Selon les études recensées, les ergothérapeutes rencontraient principalement des **obstacles** d’ordre organisationnel ou systémique, incluant la pression organisationnelle et le manque de temps (Tableau 5). Les études ont décrit une culture institutionnelle selon laquelle la pratique clinique prime toute autre chose. Cette culture résulterait de politiques de santé et de procédures qui s’opposent à la participation sociale et aux principes d’intégration communautaire. Considérant les besoins croissants des aînés et la présence de listes d’attente, les ergothérapeutes seraient poussés à prioriser et à offrir des services curatifs cohérents avec le modèle biomédical dominant qui modulerait leur pratique (Tableau 5). Étant donné un manque de financement des services communautaires, le rôle des ergothérapeutes serait mécompris, notamment lié à un manque de modèles de rôles et l’isolement professionnel.

Tableau 5

Défis de la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire§

Défi	Thème (référence)
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> • Pression organisationnelle et temps limité pour la prévention^{1-2, 4-5, 10, 14-15} • Politiques de santé, culture institutionnelle et procédures^{1-2, 6-7, 9-11, 15} • Méconnaissance du rôle de l’ergothérapeute^{8, 11-12, 14-15} • Manque de modèles de rôle^{8, 11-13, 15} • Manque de financement^{10-13, 15} • Croissance des demandes et des besoins des aînés^{6-7, 10-12, 14} • Isolement professionnel^{10-12, 15} • Modèle biomédical dominant^{1-3, 6-7, 11}
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Vision systémique du milieu communautaire et des partenariats^{4, 10, 12-12, 15} • Forte identité professionnelle^{6-7, 12, 15} • Créativité et expérience clinique diverse^{6-7, 12, 15} • Formation continue et éducation^{4, 12} • Autonomie professionnelle et niveau de responsabilité^{10, 12} • Soutien entre pairs et mentorat^{12, 15} • Utilisation de théories de changement de comportement⁴ • Rôles mixtes (populationnel et clinique)¹⁵

Légende : Les numéros en exposant réfèrent aux études identifiées par le nom du premier auteur: 1.Carrier (2015); 2.Carrier (2016); 3.Craig (2012); 4.Filiatrault (2005); 5.Furåker (2011); 6.Hébert (2001); 7.Hébert (2002); 8.Holmberg (2014); 9.Lilja (2001); 10.Mitchell (2004); 11.Quick (2010); 12.Ramsey (2007); 13.Trentham (2007); 14.Turcotte (2015); 15.Wood (2013); §adapté de Turcotte et coll. (2018).

Malgré ces obstacles, des **facilitateurs** reliés à l'appropriation par les ergothérapeutes d'une vision systémique du milieu communautaire et des partenariats ont été identifiés (Tableau 5). Cette vision pourrait notamment s'incarner par l'implication d'organismes communautaires et de groupes de défense des droits, qui agissent sur les obstacles systémiques à la participation sociale et s'assurent que les priorités des communautés soient prises en compte. Quant à eux, les partenariats permettraient aux ergothérapeutes de naviguer avec les individus concernant les défis spécifiques du système de santé. Le fait d'avoir une identité professionnelle forte comme ergothérapeute et des aptitudes personnelles comme la créativité, la flexibilité et des expériences cliniques variées constituerait un facteur qui renforce la capacité d'intervenir sur la participation sociale (Tableau 5). Selon les écrits recensés, cette identité professionnelle pourrait être développée par la formation continue et l'éducation ou encore par le mentorat et le soutien entre pairs. Selon les ergothérapeutes, la pratique en milieu communautaire était liée à une plus grande autonomie professionnelle ainsi qu'à plus de responsabilités (Tableau 5). Certains ergothérapeutes considéraient que le fait d'avoir des rôles mixtes (à l'échelle clinique et populationnelle) était facilitant pour intervenir sur la participation sociale et permettait d'améliorer l'équilibre entre les interventions individuelles et populationnelles. Finalement, l'utilisation des théories de changement de comportement a été rapportée comme une stratégie possible pour faciliter les interventions qui visent la participation sociale des aînés (Tableau 5).

Selon une étude qualitative (Wood et coll., 2013) réalisée en Australie auprès d'ergothérapeutes en première ligne (n = 5), un ensemble d'obstacles aux pratiques visant à promouvoir la santé ont été recensés. Parmi ceux-ci, on retrouve le financement insuffisant des services, la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute en promotion de la santé par les autres professionnels et le manque de formation dans ce champ selon les ergothérapeutes eux-mêmes. De même, les analyses secondaires de Turcotte et collaborateurs (2015) ont aussi identifié certains obstacles à l'intégration de ces pratiques au SAD liés à la pression organisationnelle et au temps limité pour créer un lien de confiance et aborder les activités significatives des aînés. De plus, la complexité des besoins des aînés ayant des incapacités nécessitait plus de temps et les ergothérapeutes étaient alors appelés à restreindre leur pratique (Turcotte, Carrier, et coll., 2015). Toutefois, ces analyses secondaires ne

permettaient pas de détailler ce qui contribuait à limiter la pratique des ergothérapeutes dans ce champ. Une étude ethnographique institutionnelle de Carrier et collaborateurs (2016; 2015) visait à explorer l'influence des formulaires standardisés et des mécanismes de reddition de compte sur la pratique des ergothérapeutes au SAD. Selon cette étude, le contexte de pratique, le discours institutionnel qui promeut une optimisation de la performance des professionnels et les documents standardisés contribuaient à orienter insidieusement la pratique des ergothérapeutes vers la sécurité de l'ainé à domicile plutôt que sa participation sociale. Ainsi, ces travaux identifiaient différents leviers et suggéraient d'entreprendre des actions concertées pour modifier la pratique des ergothérapeutes.

En plus des obstacles identifiés dans la recension élargie des écrits (Turcotte et coll., 2018), les mécanismes de priorisation ont aussi fait l'objet d'une étude qui a comparé les opinions des ergothérapeutes et de leur clientèle cible (personnes âgées et personnes ayant une déficience physique) quant aux situations jugées les plus prioritaires (Raymond, Demers, et Feldman, 2018). Cette étude a décrit des écarts significatifs entre la façon dont les ergothérapeutes et les usagers priorisent les situations cliniques. D'un côté, les ergothérapeutes accordaient une priorité plus grande à une personne à risque de chute, alors que pour la clientèle cible, la priorité était la capacité de sortir de chez soi (Raymond et coll., 2018), le second cas étant une illustration typique d'un besoin lié à la participation sociale. Ainsi, il est possible que ce mécanisme de priorisation interfère sur la pratique courante des ergothérapeutes au SAD en lien avec la participation sociale.

Les défis de la pratique courante des ergothérapeutes en milieu communautaire ont été décrits dans plusieurs études. Des obstacles d'ordre organisationnel et systémique sont principalement rapportés, tandis que les facilitateurs concernent surtout les ergothérapeutes. Les études recensées comportent toutefois certaines limites. D'abord, les études ont surtout utilisé des dispositifs descriptifs, mais ne visaient pas à explorer les facteurs qui influencent l'intégration d'interventions de participation sociale par les ergothérapeutes. Comme ces facteurs peuvent être différents dans un contexte d'intégration de nouvelles pratiques, il importe de mieux les comprendre. Ainsi, compte tenu de l'écart entre pratiques courantes des ergothérapeutes en milieu communautaire et les pratiques prometteuses identifiées, les facteurs pouvant influencer l'intégration de ces pratiques nécessitent d'être déterminés.

3.2 Facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques en milieu communautaire

Ce second volet de la recension des écrits traitera des facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques en milieu communautaire et a suivi une démarche semblable au premier volet (données non publiées). Pour ce volet, en complément de celles identifiées dans la section précédente et puisqu'elle est spécialisée en gestion, la banque de données ABI/INFORM Complete a également été consultée. Les concepts de changement organisationnel (*organizational change, organizational innovation*), de gestion du changement (*manag*, chang**), de milieu communautaire (*community dwelling, community health services, homecare*) et de promotion de la santé (*social determinants of health, health promotion, prevention*) ont ensuite été cherchés. Les textes sélectionnés ont été publiés entre janvier 1995 et février 2015 en français ou en anglais.

Sur les 519 articles identifiés, après le retrait des doublons, quarante-six études ont porté sur l'intégration de pratiques par des professionnels de la santé en milieu communautaire autres que celles des ergothérapeutes (Annexe 1). Les études recensées incluaient des facteurs liés aux pratiques elles-mêmes, aux professionnels qui les réalisent, aux usagers ciblés par ces pratiques, à l'organisation des services ainsi qu'au système de santé. Pour chaque niveau d'influence de Chaudoir et collaborateurs (2013), les facilitateurs reliés à l'intégration des pratiques en milieu communautaire seront d'abord présentés suivis des obstacles. Une critique intégrée des écrits recensés sera finalement offerte.

3.2.1 Facteurs liés aux pratiques émergentes

Les facilitateurs liés aux pratiques émergentes comprennent l'utilisation d'un modèle conceptuel guidant l'élaboration d'objectifs communs en réponse à des besoins collectifs (Booth, Zwar, et Harris, 2013; Charlebois, Loignon, Boudreault-Fournier, Dupéré, et Grabovschi, 2014; Covill et Hope, 2012; Garon, Paris, Beaulieu, Veil, et Laliberté, 2013; Iliffe et coll., 2002; Knight, 2014; Leeman et coll., 2015; Masso et McCarthy, 2009; J. Salsberg et coll., 2015; van Haeften-van Dijk, Meiland, van Mierlo, et Dröes; Wandersman et coll., 2008; Yancey, 2009). Comme il s'agit de pratiques multidimensionnelles, il est suggéré de combiner des actions à différents niveaux pour intégrer les pratiques (Charlebois et coll., 2014; Judd et Keleher, 2013; Knight, 2014; Lasker et Weiss, 2003; Masso et McCarthy, 2009; Rycroft-Malone et coll., 2013; Salsberg et coll., 2015). Le recours à la participation du public et des organismes communautaires favoriserait le croisement des

savoirs expérientiels et d'expertise pour faire émerger les nouvelles pratiques (Bernier, 2014; Judd et Keleher, 2013; Lasker et Weiss, 2003; Rycroft-Malone et coll., 2013; Salsberg et coll., 2015). De même, il est possible d'inscrire le changement dans une perspective de complexité, considérant que des résultats inattendus peuvent émerger, ce qui rend le processus moins anxiogène (Booth et coll., 2013; Humphries, Stafinski, Mumtaz, et Menon, 2014; Judd et Keleher, 2013; Lasker et Weiss, 2003). Pour assurer un changement durable, l'utilisation de rappels pour soutenir les partenaires (Booth et coll., 2013; Leeman et coll., 2015) et l'implication prolongée dans le changement (Ham, Parker, Singh, et Wade, 2008; Rittenhouse, Schmidt, Wu, et Wiley, 2013) seraient souhaitables. Enfin, faire un essai avec un nombre limité de ressources serait également favorable (Masso et McCarthy, 2009).

Les obstacles liés aux pratiques émergentes incluent la frustration et les conflits découlant de l'incertitude des résultats du changement (Booth et coll., 2013; Denton, Zeytinoglu, Davies, et Lian, 2002; Jagosh et coll., 2012; Liddy, Blazhko, Dingwall, Singh, et Hogg, 2014), la surcharge de travail associée au changement (Denton et coll., 2002; Liddy et coll., 2014; van Haeften-van Dijk et coll.), de même que le manque de pertinence des évidences scientifiques par rapport à la complexité des contextes de pratique au palier local (Humphries et coll., 2014; Knight, 2014).

3.2.2 Facteurs liés aux professionnels de la santé

Les facilitateurs liés aux professionnels incluent leur engagement et leur motivation à changer (Casebeer, Scott, et Hannah, 2000; Covill et Hope, 2012; Ham et coll., 2008; Judd et Keleher, 2013; Masso et McCarthy, 2009; Rittenhouse et coll., 2013; Rycroft-Malone et coll., 2013; Wandersman et coll., 2008; Yeatman et Nove, 2002). En s'investissant dans leur rôle d'agent de changement, leur participation active au processus réflexif et à l'analyse du changement serait grandement facilitante (Anderson-Carpenter, Collie-Akers, Colvin, et Cronin, 2013; Bernier, 2014; Ham et coll., 2008; Kaplan, Calman, Golub, Ruddock, et Billings, 2006; Lasker et Weiss, 2003; Salsberg et coll., 2015; Shanley, 2007; Yancey, 2009). Pour influencer positivement l'intégration des pratiques, des attitudes d'ouverture à l'amélioration continue de la pratique et des aptitudes à la collaboration chez les professionnels seraient aidantes (Casebeer et coll., 2000; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford, et Miller, 2007; Wandersman et coll., 2008). Ces aptitudes pourraient être renforcées grâce au réseautage entre pairs et l'appui des organisations professionnelles (Leeman et coll., 2015;

Parker et coll., 2012; Ploeg et coll., 2007; Roberts et coll., 2003; Rycroft-Malone et coll., 2013), ce qui aiderait à avoir une compréhension partagée du changement visé (Covill et Hope, 2012; Ham et coll., 2008). Enfin, la formation des professionnels de la santé à la recherche soutiendrait l'intégration des pratiques en milieu communautaire (Humphries et coll., 2014; Masso et McCarthy, 2009; Wandersman et coll., 2008).

Parmi les obstacles liés aux professionnels de la santé, le manque de support perçu par les professionnels est souvent cité dans les écrits scientifiques (Casebeer et coll., 2000; Denton et coll., 2002; Shanley, 2007; Teal, Bergmire, Johnston, et Weiner, 2012; van Haeften-van Dijk et coll.). Ce manque de support peut engendrer de la méfiance (Charlebois et coll., 2014; Liddy et coll., 2014; Rea, 2004), de l'incertitude (Ross, O'Tuathail, et Stubberfield, 2005) et des craintes de pertes d'emploi liées au changement (Denton et coll., 2002), qui nuiraient à leur engagement dans le changement. Des auteurs ont identifié la présence d'une résistance au changement chez les professionnels (Humphries et coll., 2014; Liddy et coll., 2014; van Haeften-van Dijk et coll.). Cette résistance pourrait être expliquée par une difficulté à donner du sens au changement (Allan et coll., 2014; Arar et coll., 2011; Liddy et coll., 2014), par des expériences négatives (Casebeer et coll., 2000; Ploeg et coll., 2007) ou par un sentiment de contrôle limité sur le changement (Allan et coll., 2014).

3.2.3 Facteurs liés aux usagers

Les facteurs liés aux usagers de services en milieu communautaire ont été moins décrits dans les écrits scientifiques. Néanmoins, les facteurs facilitant l'intégration des pratiques incluent une implication active des usagers dans les étapes du processus de changement (Arar et coll., 2011; Charlebois et coll., 2014; Garon et coll., 2013; Iliffe et coll., 2002; Lasker et Weiss, 2003; Macaulay, Commanda, Freeman et coll., 1999; Omeni, Barnes, MacDonald, Crawford, et Rose, 2014; Salsberg et coll., 2015). Pour ce faire, les acteurs du changement sont encouragés à fournir une initiation et un accompagnement aux usagers (Bernier, 2014; Charlebois et coll., 2014), en utilisant une approche flexible, ouverte et inclusive pour faciliter leur implication au changement de pratique (Bernier, 2014; Lasker et Weiss, 2003; Salsberg et coll., 2015).

Certains obstacles liés aux usagers peuvent toutefois limiter l'intégration des pratiques souhaitées. En effet, les usagers sont rarement impliqués dans les recherches participatives en milieu communautaire, principalement à cause de leur manque de formation

et de connaissances en lien avec la recherche (Charlebois et coll., 2014; Vian, Koseki, Feeley, et Beard, 2013), de la difficulté à les rejoindre lorsqu'il s'agit de populations vulnérables (van Haeften-van Dijk et coll.) ou à participer lorsque leur état de santé est fragile (Charlebois et coll., 2014). Enfin, la difficulté des chercheurs et des acteurs organisés (décideurs, professionnels, intervenants) à partager le contrôle avec les usagers expliquerait en partie leur engagement limité (Charlebois et coll., 2014).

3.2.4 Facteurs liés à l'organisation

Les facilitateurs liés à l'organisation sont nombreux à avoir été rapportés dans les écrits. Des organisations valorisant l'amélioration continue, la créativité et l'innovation sont susceptibles de favoriser l'intégration des pratiques émergentes (Bleser et coll., 2014; Casebeer et coll., 2000; Ham et coll., 2008; Humphries et coll., 2014; Knight, 2014; Masso et McCarthy, 2009; Shanley, 2007; Teal et coll., 2012; van Haeften-van Dijk et coll.). Les décideurs ayant un leadership collaboratif et flexible, caractérisé par la prise en compte de multiples points de vue et l'allocation de délais pour intégrer les pratiques souhaitées seraient des éléments facilitants (Bleser et coll., 2014; Booth et coll., 2013; Casebeer et coll., 2000; Ham et coll., 2008; Judd et Keleher, 2013; Knight, 2014; Lasker et Weiss, 2003; Leeman et coll., 2015; Liddy et coll., 2014; Masso et McCarthy, 2009; Ploeg et coll., 2007; Roberts et coll., 2003; Salsberg et coll., 2015; Shanley, 2007; van Haeften-van Dijk et coll.; Wandersman et coll., 2008; Yancey, 2009; Yeatman et Nove, 2002). L'intégration des pratiques émergentes est facilitée par des organisations qui incitent les professionnels à travailler en équipe et en partenariat (Arar et coll., 2011; Charlebois et coll., 2014; Garon et coll., 2013; Goldberg, 2012; Iliffe et coll., 2002; Judd et Keleher, 2013; Knight, 2014; Lasker et Weiss, 2003; Ploeg et coll., 2007; Ross et coll., 2005; Yeatman et Nove, 2002). La formation d'un comité de pilotage semble un facteur bénéfique (Arar et coll., 2011; Bernier, 2014; Bleser et coll., 2014; Charlebois et coll., 2014; Covill et Hope, 2012; Garon et coll., 2013; Ham et coll., 2008; Humphries et coll., 2014; Leeman et coll., 2015; Liddy et coll., 2014; Masso et McCarthy, 2009; Nagykaldis, Mold, et Aspy, 2005; Parker et coll., 2012; Ploeg et coll., 2007; Salsberg et coll., 2015). Ce genre de comité permet aux différents partenaires concernés par un problème d'établir une communication afin d'être informés sur le processus de changement. Pour faciliter l'engagement de ces partenaires, un climat de confiance et un sentiment d'appartenance sont indispensables. Ainsi, l'élaboration d'une

entente de partenariat, c'est-à-dire un protocole établissant la répartition des rôles, est suggérée (Bernier, 2014; Roberts et coll., 2003; Salsberg et coll., 2015; van Haeften-van Dijk et coll.). En plus des partenaires internes, des agents externes, appelés « facilitateurs », peuvent aider les professionnels à changer leurs attitudes, leurs comportements et leurs façons de travailler (Baskerville, Liddy, et Hogg, 2012; Harvey et coll., 2002; Knight, 2014; Liddy et coll., 2014; Nagykaladi et coll., 2005; Petrova et coll., 2010; Salsberg et coll., 2015).

Certains obstacles liés à l'organisation peuvent toutefois nuire à l'intégration des pratiques. D'une part, la difficulté de réunir l'ensemble des partenaires concernés par le changement fait partie de ces obstacles (Casebeer et coll., 2000; van Haeften-van Dijk et coll.) et contribuerait à un manque d'interaction entre les décideurs et les chercheurs (Humphries et coll., 2014; Knight, 2014; Ploeg et coll., 2007). Cette distance entre les partenaires pourrait mener à des divergences de priorités (Arar et coll., 2011; Liddy et coll., 2014; Rittenhouse et coll., 2013; Rycroft-Malone et coll., 2013) ou même, à une perception négative des décideurs par rapport aux meilleures pratiques (Humphries et coll., 2014). D'autre part, les relations entre les partenaires, parfois organisées de façon hiérarchique, peuvent mener à des jeux de pouvoir asymétriques ou déséquilibrés et nuire à l'intégration des pratiques (Arar et coll., 2011; Borg, Karlsson, et Kim, 2009; Casebeer et coll., 2000; Liddy et coll., 2014). Lorsque ces déséquilibres de pouvoir sont accentués par un climat de compétition, les conséquences du changement pourraient même être pires que le problème initial (Goldberg, 2012; Liddy et coll., 2014; Teal et coll., 2012; van Haeften-van Dijk et coll.). Enfin, comme l'intégration de pratiques émergentes entraîne parfois de l'insécurité, un manque de considération de ces aspects émotifs a été identifié comme néfaste (Allan et coll., 2014; Denton et coll., 2002).

3.2.5 Facteurs liés au système

Parmi les facilitateurs liés au système, l'octroi de ressources humaines et financières en adéquation avec les besoins dans la communauté a été identifié (Bleser et coll., 2014; Casebeer et coll., 2000; Covill et Hope, 2012; Lasker et Weiss, 2003; Leeman et coll., 2015; Masso et McCarthy, 2009; Teal et coll., 2012; van Haeften-van Dijk et coll.). Pour intégrer des pratiques préventives, une volonté politique liée au changement de philosophie et de culture (Borg et coll., 2009; Casebeer et coll., 2000; Charlebois et coll., 2014; Ham et coll., 2008; Judd et Keleher, 2013; van Haeften-van Dijk et coll.), de même qu'une vision à long

terme s'appuyant sur les déterminants de la santé seraient facilitantes (Arar et coll., 2011; Casebeer et coll., 2000; Knight, 2014; Leeman et coll., 2015). Cette volonté peut s'appuyer sur l'idée que le milieu communautaire, par sa mission, est favorable à la promotion de la santé et à l'implication des usagers dans l'intégration des pratiques (Borg et coll., 2009; Charlebois et coll., 2014; Judd et Keleher, 2013). Enfin, le contexte sociohistorique dans lequel s'inscrit l'intégration de pratique, incluant la connaissance des expériences passées, du contexte actuel et la vision de l'avenir (Booth et coll., 2013), doit être connu par les acteurs qui contribuent au changement.

En contrepartie, différents obstacles liés au système ont été identifiés. Parmi ceux-ci, la réduction du financement des services communautaires par les bailleurs de fonds (Arar et coll., 2011; Goldberg, 2012; Ploeg et coll., 2007; Rycroft-Malone et coll., 2013; Teal et coll., 2012; van Haeften-van Dijk et coll.; Wandersman et coll., 2008), ainsi que la politisation des décisions (Humphries et coll., 2014) semblent engendrer une confusion et restreindre la capacité des organisations à effectuer les changements souhaités. De même, le manque de clarté à l'égard la définition des services communautaires et de leur mission pourrait empêcher le changement et l'amélioration des pratiques en faveur de la prévention (Casebeer et coll., 2000; van Haeften-van Dijk et coll.). Ce manque de clarté se traduirait notamment par la perte d'une valeur de «soutien dans la communauté» (Denton et coll., 2002) et une culture de gestion de crise (Humphries et coll., 2014) incohérente avec une vision à long terme des services. Cependant, les études citées dans la présente section ne visaient pas à explorer les facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques par des ergothérapeutes dans un contexte de SAD. En plus, ces travaux ne ciblaient pas spécifiquement la participation sociale des aînés.

3.2.6 Synthèse critique des facteurs influençant l'intégration de pratiques

À la lumière de ce second volet de la recension des écrits, aucune des études recensées ne visait l'intégration de pratiques favorisant la participation sociale des aînés par des ergothérapeutes au SAD. Peu de ces études ont cherché à intégrer des pratiques en milieu communautaire à l'aide d'un processus participatif impliquant les parties prenantes, dont les personnes vulnérables (Bernier, 2014; Charlebois et coll., 2014). Les études l'ont plutôt décrit selon des approches évaluatives initiées par le milieu académique et scientifique. Ainsi, outre ceux liés à l'organisation et aux professionnels qui ont davantage été

documentés, les facteurs liés aux usagers, aux pratiques émergentes et au système qui pourraient soutenir ou limiter plus spécifiquement l'intégration de pratiques de participation sociale par des ergothérapeutes en milieu communautaire sont encore peu connus. En bref, les études visant à identifier les facilitateurs et les obstacles à cette intégration restent manquantes. De plus, les leviers d'action qui pourraient permettre de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD doivent être mis en évidence.

3.3 Résumé de la recension des écrits

Au terme de cette recension, différentes pratiques ergothérapeutiques offertes auprès des aînés en milieu communautaire ont été identifiées. Ces pratiques prometteuses combinent majoritairement les modalités de groupe et individuelles, tandis que les autres comprennent un volet soit de groupe ou individuel. Les composantes des pratiques incluaient notamment l'enseignement quant au lien entre les activités significatives et la santé, l'établissement d'objectifs personnalisés et l'adaptation de l'environnement physique et social. Ces pratiques étaient démontrées efficaces, notamment pour améliorer la participation sociale, la santé et l'estime de soi en plus de réduire significativement les coûts d'utilisation du système de santé. Bien qu'efficaces et rentables, ces interventions sont peu intégrées par les ergothérapeutes au SAD. Leur pratique courante consiste principalement à réaliser des visites à domicile et à recommander des aides techniques et des adaptations. Les interventions se concentrent autour de la sécurité et de l'autonomie fonctionnelle, mais ne ciblent pas la participation sociale. Pour intégrer ces interventions, il apparaît primordial de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD. Différents facteurs sont susceptibles d'influencer l'intégration des pratiques en milieu communautaire. Les facteurs organisationnels, tels que les incitatifs à travailler en partenariat, et liés aux professionnels, incluant l'engagement et la motivation à changer sa pratique, sont davantage décrits dans les écrits. En revanche, l'influence des facteurs liés aux usagers et ceux liés au système sont peu rapportés. Également, les éléments propres au contexte de la pratique des ergothérapeutes au SAD pouvant être modifiés pour favoriser la participation sociale n'ont pas encore été identifiés. À notre connaissance, aucune étude n'a à ce jour été réalisée dans le but de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD en vue de favoriser la participation sociale des aînés.

CHAPITRE 4

QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette étude veut donner des éléments de réponse aux questions suivantes: (a) Quelles pratiques pourraient être intégrées au SAD pour favoriser la participation sociale des aînés? (b) Quels facteurs pourraient influencer l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes? et (c) Quelles actions devraient être déployées afin d'intégrer ces pratiques au SAD?

L'objectif général de cette recherche est de repenser la pratique des ergothérapeutes œuvrant au SAD afin d'intégrer des interventions favorisant la participation sociale des aînés. Les objectifs spécifiques sont : 1) d'identifier des pratiques ergothérapiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, 2) d'explorer les facteurs qui pourraient influencer l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes et 3) d'identifier les leviers d'actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques au SAD.

CHAPITRE 5

MÉTHODES

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques de l'étude. Tout d'abord, l'approche de recherche est exposée suivie de la présentation du comité de pilotage. Ensuite, les procédures d'échantillonnage et de recrutement des participants et de collecte de données sont décrites. Finalement, les outils de recherche, l'analyse et l'interprétation des données, les critères de rigueur de même que les considérations éthiques sont détaillés.

5.1 Approche de recherche

Pour répondre à ses objectifs, cette étude a utilisé une approche de recherche-action participative (RAP) en milieu communautaire (Israel, Eng, Schulz, et Parker, 2012; Minkler et Wallerstein, 2008) selon une perspective critique constructiviste (Kemmis, McTaggart, et Nixon, 2014). Selon une variété de méthodes et un processus itératif et flexible propre à la RAP, cette étude était composée de cinq grandes étapes telles que proposées par Stringer et Genat (2004), chacune ayant sollicité l'implication active de différents partenaires. Ces étapes étaient : 1) définition du problème, 2) collecte des données, 3) analyse et interprétation des résultats, 4) communication des processus et des résultats, 5) passage à l'action. Comme le suggère la perspective critique constructiviste (Kemmis et coll., 2014), ces étapes cycliques ont été suivies tout en laissant place à une certaine réactivité durant la recherche.

Une approche de RAP a été privilégiée puisqu'elle permet d'explorer des facteurs qui influencent l'intégration des pratiques souhaitées au SAD et de faciliter l'identification d'actions et de moyens adaptés au contexte, susceptibles d'amorcer plus efficacement le changement des pratiques (Cargo et Mercer, 2008). Puisqu'elle permet d'analyser de façon hautement intéressée tant les pratiques des participants que leur contexte (Kemmis et coll., 2014), une perspective critique était hautement compatible avec nos questions de recherche. De plus, cette approche offrait un espace de discussion permettant de faire émerger des solutions innovantes (Maillet et coll., 2015), particulièrement utiles en contexte de ressources limitées et de croissance des besoins (Kemmis et coll., 2014). Ainsi, puisque l'intégration de pratiques émergentes par les ergothérapeutes au SAD nécessite l'engagement de différents partenaires, ce choix d'approche était justifié.

5.2 Comité de pilotage

Pour définir le problème et amorcer le partenariat de RAP, un comité de pilotage réunissant les principaux partenaires du SAD concernés par la participation sociale des aînés a d'abord été mis sur pied et a été impliqué à chaque étape du processus de recherche, tel que suggéré par Bernier (2014). Les membres ont été identifiés 1) en fonction de leur motivation à repenser la pratique des ergothérapeutes, ou 2) de façon à donner une voix à des personnes qui en ont peu (Israel et coll., 2012). Ce comité incluait douze membres ($n = 12$) ayant un statut équivalent de chercheurs: 1) un ergothérapeute œuvrant au SAD, 2) un représentant des aînés, 3) un représentant d'organisme communautaire pour aînés, 4) deux décideurs organisationnels au CISSS, 5) un coordonnateur clinique en réadaptation, 6) un facilitateur communautaire, 7) un représentant de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 8) un organisateur communautaire et 9) les trois membres de la présente équipe de recherche.

D'une durée approximative de 90 minutes, une rencontre initiale animée par le facilitateur communautaire et soutenue par les membres de l'équipe de recherche a permis de rassembler les membres du comité de pilotage afin d'amorcer le partenariat de recherche, de formuler la question de recherche puis de valider le processus de recherche. La rencontre de comité de pilotage a notamment mené à renommer le projet de façon à simplifier les communications entre les partenaires et lui donner un sens collectif. Ainsi, en cohérence avec l'objectif général de la recherche, le nom « REPAIRS » a été choisi (Repenser l'Ergothérapie en vue de favoriser la Participation sociale des Aînés dans le Réseau du Soutien à domicile). Pour soutenir le travail en partenariat, les membres ont complété une entente de partenariat (Annexe 2) ainsi qu'une grille d'évaluation du partenariat (Annexe 3). Développée par un comité méthodologique composé d'experts en recherche participative et en participation sociale des aînés (Fortier et coll., 2015), cette grille incluait des éléments reliés aux conditions préalables au partenariat (motivation, relations), à l'organisation du partenariat (attentes, pouvoir d'agir, etc.), ainsi qu'au suivi et à l'évaluation du partenariat. Lors de la rencontre initiale, les partenaires ont également été invités à s'exprimer sur leurs engagements envers la recherche et à commenter le déroulement proposé de la recherche. L'entente de partenariat (Annexe 2) et la grille d'évaluation (Annexe 3) ont été complétées par le comité de pilotage et seront renouvelées lors du prochain cycle de RAP.

5.3 Échantillonnage et procédures de recrutement

Toutes les données ont été collectées au sein d'un même terrain de recherche, et auprès d'informateurs clés primaires et secondaires. Les informateurs ont été sélectionnés selon un échantillonnage raisonné, en fonction de leur position dans l'organisation, et recrutés par convenance, notamment par le biais des membres du comité de pilotage.

5.3.1 Sélection du terrain de recherche

Le territoire du [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] a servi de terrain de recherche pour repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD. D'abord, ce territoire a été choisi en raison de la présence d'inégalités sociales de santé, dont le taux de décès attribuables aux maladies chroniques (75 %) qui était supérieur au taux moyen montréalais (Direction de santé publique de Montréal, 2012). Ce choix était cohérent avec la prémisse de la RAP en milieu communautaire qui consiste à impliquer les groupes marginalisés afin d'amoinrir les inégalités sociales (Israel et coll., 2012). La sélection de ce terrain était aussi appuyée par le besoin exprimé par les ergothérapeutes de ce milieu, qui reconnaissaient l'écart entre leur pratique courante au SAD et celle pour laquelle ils sont formés en lien avec la promotion de la participation sociale. De plus, les intervenants communautaires et les décideurs organisationnels ont insisté sur le besoin de faciliter le travail en partenariat de façon à favoriser la participation sociale des aînés. Enfin, ce terrain a été retenu puisque l'étudiant-chercheur y possède une expérience clinique lui ayant permis de développer un maillage avec différents partenaires, tel que le recommandent Kemmis et coll. (2014).

5.3.2 Informateurs clés primaires

Quatre groupes d'informateurs clés primaires ont été formés : a) ergothérapeutes au SAD, b) aînés ayant reçu des services de SAD, c) proches d'aînés ayant reçu des services de SAD, et d) intervenants en milieu communautaire. Pour chaque groupe, le nombre visé était de cinq à huit participants (Becker, 2005). De plus, une approche inclusive, cohérente avec la RAP (Salsberg et coll., 2015), a été utilisée afin de n'exclure aucun acteur pouvant contribuer à identifier les pratiques souhaitées et explorer les facteurs associés à leur intégration. Enfin, pour assurer un nombre suffisant de participants et considérant les abandons potentiels ou les refus, au moins trois participants supplémentaires ont été recrutés pour chaque groupe d'informateurs clés primaires, excluant celui des ergothérapeutes.

5.3.2.1 Ergothérapeutes œuvrant au programme SAD

Tous les ergothérapeutes œuvrant au sein d'un programme SAD du [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] ont été référés à l'étudiant-chercheur avec l'accord du gestionnaire du programme, aussi membre du comité de pilotage. L'homogénéité des participants de ce groupe (tous des ergothérapeutes d'un même programme SAD) était visée pour favoriser des échanges approfondis sur les pratiques souhaitées pour favoriser la participation sociale et faciliter l'amorce d'un changement de leur pratique. Les critères d'inclusion étaient : 1) d'être un ergothérapeute en règle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et 2) d'œuvrer minimalement à titre de clinicien au SAD. Chaque ergothérapeute a ensuite été recruté à l'aide d'un courriel (Annexe 4) expliquant la méthode de recherche, la participation attendue et l'informant que l'étudiant-chercheur communiquerait par téléphone avec lui pour vérifier son intérêt à participer.

5.3.2.2 Aînés ayant reçu des services du SAD

Un échantillonnage raisonné a permis de cibler des aînés ayant des incapacités, ayant un intérêt potentiel à participer à la recherche et répondant aux critères d'inclusion exposés ci-dessous. En variant les caractéristiques des participants (âge, sexe, problème de santé), cet échantillonnage a permis de recueillir une diversité de points de vue. Les critères d'inclusion étaient: 1) d'être âgé de 65 ans et plus, 2) de vivre dans le territoire [nom du territoire retiré à des fins de confidentialité], 3) d'avoir reçu des services du SAD durant la dernière année, 4) d'être capable de s'exprimer en français et 5) d'être capable de participer à des discussions en groupe. Les aînés ont été référés à l'étudiant-chercheur par le biais de l'ensemble des cliniciens du programme SAD puis recrutés par convenance. L'étudiant-chercheur était responsable d'expliquer la recherche, de vérifier l'admissibilité et d'obtenir le consentement. Sur les dix aînés ciblés et recrutés, cinq ont participé à l'étude. Les motifs d'abandon étaient liés à des raisons médicales.

5.3.2.3 Proches d'aînés ayant reçu des services du SAD

Un échantillonnage raisonné a également permis de cibler des proches d'aînés ayant reçu des services du SAD, ayant un intérêt à participer à la recherche et répondant au critère d'inclusion exposé ci-dessous. En variant les caractéristiques des participants (âge, sexe, lien avec l'aîné, problème de santé de l'aîné), cet échantillonnage a aidé à enrichir les points de vue offerts par les aînés. Les proches devaient (critère d'inclusion) s'occuper régulièrement

d'un aîné ayant reçu des services SAD durant la dernière année. Ces proches ont été recrutés de la même façon que les aînés. Toutefois, afin de maximiser la diversité des points de vue, les proches aidants et les aînés n'étaient pas issus d'une paire. Sur les huit proches ayant été ciblés et recrutés, seulement quatre ont participé à l'étude. Les motifs d'abandon étaient surtout liés à la condition de la personne aînée n'ayant pas permis à l'aidant de se déplacer.

5.3.2.4 Intervenants en milieu communautaire

Un groupe d'intervenants non professionnels de différents organismes communautaires pour aînés du territoire a été référé à l'étudiant-chercheur par le biais du représentant de la table de concertation des aînés, aussi membre du comité de pilotage. Les intervenants devaient (critère d'inclusion) être affiliés à un organisme communautaire œuvrant auprès d'aînés ayant des incapacités depuis au moins un an. Les intervenants ont d'abord été informés de la nature du projet par le représentant des organismes à qui une ébauche de courriel incluant le critère d'inclusion et les objectifs de la recherche a été fournie (Annexe 5). Par la suite, l'étudiant-chercheur était responsable de recruter les intervenants individuellement par convenance. Sur les neuf intervenants ayant été ciblés et recrutés, sept ont participé à l'étude.

5.3.3 Informateurs clés secondaires

Un échantillonnage raisonné a permis de cibler des informateurs clés secondaires identifiés en fonction de leur position dans l'organisation et permettant d'offrir un éclairage pertinent pour bonifier celui des informateurs clés primaires. En cohérence avec la perspective critique constructiviste de la RAP (Kemmis et coll., 2014), certains étaient également membres du comité de pilotage. Cette combinaison de rôle était souhaitable afin de mieux comprendre les facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques par les ergothérapeutes au SAD. Cinq informateurs clés secondaires étaient d'abord identifiés par l'équipe de recherche pour maximiser la diversité des points de vue. Après consultation avec le comité de pilotage, deux participants supplémentaires ont été suggérés pour former un échantillon total de sept informateurs clés secondaires. Ainsi, deux coordonnateurs cliniques (un en soins infirmiers et un en travail social), un spécialiste en activités cliniques en réadaptation au SAD, deux décideurs au CISSS (un chef d'administration de programme au SAD et un conseiller-cadre en ergothérapie), un organisateur communautaire et un représentant de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) ont été recrutés par convenance par l'étudiant-chercheur et tous ont accepté de participer à un entretien individuel.

5.4 Collecte de données

Sur une durée totale de six mois entre avril et octobre 2016, la collecte des données a compris successivement quatre méthodes et était appuyée par quatre outils de recherche. Pour faciliter les échanges en lien avec la pratique des ergothérapeutes, les membres du comité de pilotage ont également suggéré l'utilisation d'un *persona*, soit un personnage servant à représenter, de façon fictive, spécifique et tangible, un groupe cible dans le développement d'un nouveau service (Miaskiewicz et Kozar, 2011). Le *persona* « Marie » servait ainsi à désigner l'ensemble des ergothérapeutes œuvrant au SAD et s'est retrouvé dans toutes les méthodes et les outils de collecte de données. Par ailleurs, le *persona* constitue une méthode privilégiée en recherche participative puisqu'elle aide à stimuler la créativité et l'émancipation des personnes marginalisées au sein d'un groupe (Kramer-Roy, 2015). Les méthodes de collecte de données seront d'abord présentées, suivies des outils de collecte élaborés pour cette étude.

5.4.1 Méthodes de collecte

Quatre méthodes de collecte ont été utilisées selon un processus itératif et simultané à l'analyse des données, soit : 1) un journal de bord des informateurs, 2) des groupes de discussion, 3) des entretiens semi-dirigés et 4) la photo-élicitation.

5.4.1.1 Journal de bord des informateurs

Immédiatement après le recrutement et pendant deux à trois semaines, un journal de bord a été remis aux ergothérapeutes (Annexe 6) et à tous les autres informateurs clés (Annexe 7). En réponse aux trois objectifs de recherche, les participants ont été invités à noter leurs réflexions et leurs idées en lien avec les pratiques souhaitées pour favoriser la participation sociale (objectif 1), les facteurs pouvant influencer leur intégration (objectif 2) et les leviers d'action à déployer (objectif 3). D'une durée de complétion totale d'environ 30 minutes, cette méthode a été privilégiée puisqu'elle permet de promouvoir l'autonomisation des informateurs lors des entretiens (Meth, 2003). De plus, ce journal de bord a permis aux informateurs d'expérimenter le rôle de cochercheur tel que promu par l'approche de RAP en milieu communautaire (Israel et coll., 2012). Les journaux de bord des informateurs leur ont aussi servi d'aide-mémoire durant les groupes de discussion focalisée et les entretiens individuels. Les réponses fournies dans ces journaux de bord ont ensuite été transcrites puis intégrées à l'ensemble des données à des fins d'analyse.

5.4.1.2 Groupes de discussion focalisée

Un groupe de discussion focalisée a ensuite été réalisé avec chacun des quatre groupes d'informateurs clés primaires (ergothérapeutes, aînés, intervenants et proches). D'une durée de deux heures (120 minutes), chaque groupe de discussion a été tenu entre pairs regroupés de façon homogène, favorisant ainsi les interactions égalitaires entre les participants et la libre-expression croisée des idées (Becker, 2005). De plus, le caractère homogène des groupes de discussion a permis de minimiser la méfiance rapportée par certains participants, dont les aînés et les proches aidants. Puisqu'elle permet de générer et de coconstruire une pluralité d'avis utiles pour repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD, la méthode des groupes de discussion focalisée a été privilégiée auprès des informateurs clés primaires.

À l'aide d'un guide d'entretien de groupe semi-structuré constitué de questions ouvertes (Annexes 8-10), les groupes de discussion étaient tous dirigés par l'étudiant-chercheur et observés par un autre membre de l'équipe de recherche. Une grille d'observation (Annexe 12) a permis de noter des impressions sur le déroulement du groupe et de porter une attention au langage non verbal et au contenu abordé en lien avec les questions de recherche en vue de réaliser une synthèse des échanges. À la fin de chaque groupe de discussion, une synthèse des échanges a été présentée aux participants pour valider avec eux la compréhension des thèmes récurrents ou importants. Tout au long de la collecte de données et afin de raffiner les guides d'entretiens subséquents, des discussions ont eu lieu systématiquement entre chaque entretien avec certains membres du comité de pilotage. Cette approche a favorisé une co-construction des pratiques souhaitées en combinant les idées issues du terrain à celles issues des écrits scientifiques.

5.4.1.3 Entretiens semi-dirigés individuels

Pour trianguler les données obtenues par les groupes de discussion focalisée (Baribeau et Royer, 2012), un entretien semi-dirigé individuel a ensuite été effectué avec chaque informateur clé secondaire. L'entretien individuel a été choisi pour les informateurs clés secondaires étant donné qu'il s'agit de personnes ayant des positions uniques au sein de l'organisation, leur point de vue ne pouvant pas être rassemblé au sein d'un groupe. D'une durée approximative de 60 minutes, les entretiens ont été menés individuellement par l'étudiant-chercheur à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré (Annexe 11). À la fin de chaque entretien individuel, une synthèse des échanges a été fournie aux participants afin

d'obtenir leur validation sur le contenu. Tout comme pour les groupes de discussion focalisée, les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés sous forme audio puis retranscrits.

5.4.1.4 Photo-élicitation

Afin de soutenir les groupes de discussion focalisée et les entretiens individuels, la méthode de photo-élicitation a été utilisée pour explorer des idées alternatives en lien avec la pratique des ergothérapeutes (Margolis et Pauwels, 2011). Cette méthode de collecte a été choisie puisqu'elle permet d'obtenir des réponses qui ne sont pas obtenues par la voie traditionnelle, soit l'entretien semi-dirigé. Seulement après leur avoir permis d'exprimer toutes les idées issues de leur journal de bord, les informateurs ont été invités à identifier des pratiques favorisant la participation sociale (objectif 1), des facteurs pouvant influencer leur intégration (objectif 2) et des leviers d'action à déployer pour intégrer ces pratiques (objectif 3). Éclairées par une recension des écrits scientifiques (Turcotte et coll., 2018), des possibilités de favoriser la participation sociale ont été sélectionnées, puis ont été illustrées graphiquement. Par exemple, les thèmes illustrés pouvaient inclure des types de pratiques (ex. : les interventions de groupe ou l'accompagnement de proches aidants), mais aussi des facteurs pouvant influencer leur intégration (ex. : la connaissance du rôle de l'ergothérapeute ou le partenariat avec la communauté). Les illustrations ont été extraites d'une banque d'images par le facilitateur communautaire membre du comité de pilotage, appuyé par l'étudiant-chercheur, puis validées par l'équipe de recherche. Environ 20 illustrations pour chaque entretien ont ensuite été imprimées sur des cartes, puis introduites aléatoirement selon des méthodes de photo-élicitation, c'est-à-dire en utilisant une consigne simple pour introduire l'image et générer des réactions spontanées quant aux idées émises (Margolis et Pauwels, 2011). Cette méthode participative visait finalement à faciliter le dialogue entre les différents types d'informateurs pour expliquer leurs réalités selon leur propre perspective, tout en stimulant la créativité et la recherche de solutions innovantes (Kramer-Roy, 2015).

5.4.2 Outils de recherche

Pour cette recherche, quatre outils ont été utilisés : 1) un questionnaire sociodémographique, 2) des guides d'entretien semi-structurés, 3) une grille d'observation et 4) un carnet de notes de terrain du chercheur. Tous les questionnaires, les guides et les grilles ont été validés par deux expertes méthodologiques et de contenu, puis prétestés auprès de cinq membres similaires issus d'un milieu différent.

5.4.2.1 Questionnaire sociodémographique

Pour les ergothérapeutes et les intervenants communautaires, le questionnaire comprenait, notamment, les années d'expérience, les milieux de pratique antérieurs et le lieu de formation (Annexes 13 et 14 respectivement). Pour les aînés et les proches ayant reçu des services de SAD, les conditions de santé et l'âge ont été considérés (Annexe 15). Ces informations ont servi à décrire les participants et leur contexte.

5.4.2.2 Guides d'entretien semi-structurés

À l'aide de questions ouvertes, les guides d'entretien semi-structurés ont été développés dans le but de permettre aux participants d'identifier des pratiques à intégrer (objectif 1), d'explorer des facteurs pouvant influencer cette intégration (objectif 2) et d'identifier les leviers d'action à déployer (objectif 3), tout en évitant l'utilisation de catégories préconçues. Élaboré selon les objectifs de recherche ainsi que les catégories de Chaudoir et collaborateurs (2013), un guide semi-structuré a été développé pour chaque type d'entretien : 1) entretien de groupe avec les ergothérapeutes (Annexe 8), 2) entretien de groupe avec les aînés ou les proches (Annexe 9), 3) entretien de groupe avec les intervenants communautaires (Annexe 10) et 4) entretien individuel avec les informateurs clés secondaires (Annexe 11). Ces guides ont évolué durant la collecte et l'analyse des données concomitantes.

5.4.2.3 Grille d'observation

La grille d'observation des entretiens de groupe (Annexe 12) a été construite de façon à permettre à l'observateur de recueillir les idées ayant émergé durant les entretiens. Élaborée selon la même forme que le guide d'entretien, la grille d'observation visait également à faciliter la synthèse des propos retenus offerte aux participants pour valider qu'ils reflètent leur expérience et ce qu'ils ont voulu exprimer. De plus, des observations sur l'ambiance générale, la clarté des questions et le respect du temps ou toute autre information relative au langage non verbal des participants ont aussi été recueillies. Ces observations ont ensuite été utilisées lors de l'analyse des données afin de nuancer ou soulever certains propos.

5.4.2.4 Notes de terrain du chercheur

Pour soutenir la collecte et l'analyse des données, un carnet de notes a été utilisé tout au long de l'étude par l'étudiant-chercheur afin de noter régulièrement ses réflexions personnelles. Ces réflexions en lien avec le processus de recherche découlent notamment du contact avec les informateurs, des échanges avec le comité de pilotage et des réflexions théoriques et

méthodologiques. Puisqu'il contient les modifications apportées en cours de recherche, le carnet de notes du chercheur permet aussi de suivre le déroulement de l'étude.

5.5 Analyse et interprétation des données

Pour décrire les participants et leur contexte, des statistiques descriptives ont été utilisées pour les données sociodémographiques, incluant la médiane, l'intervalle interquartile et l'étendue pour les variables continues, et les fréquences et les pourcentages pour les variables catégoriques ($n < 30$). Pour les autres données, afin d'identifier des thèmes en fonction de leur importance et leur récurrence, les trois activités d'analyse de contenu thématique ont été réalisées simultanément à la collecte des données (Miles, Huberman, et Saldana, 2014). Grâce à des écoutes successives des bandes audio, une lecture des journaux de bord des informateurs et des grilles d'observation des entretiens, une synthèse initiale a été produite pour chaque entretien. Les transcriptions des journaux de bord et des enregistrements des entretiens avec les informateurs clés primaires ont été ensuite regroupées dans Microsoft Word, suivies des données obtenues pour les informateurs clés secondaires.

Une stratégie de codage mixte a été utilisée lors de laquelle le contenu des groupes de discussion et des entretiens semi-dirigés a d'abord été traité lors d'une lecture ligne par ligne des verbatim. À l'aide d'une grille de codage mixte, des étiquettes (codes) ont été attribuées à des unités de sens, c'est-à-dire des mots, des phrases ou des paragraphes ayant une importance particulière (Miles et coll., 2014). La grille de codage a d'abord été élaborée de façon inductive à partir des thèmes ayant émergé de l'analyse préliminaire des entretiens et à partir des questions de recherche. Cette grille a ensuite été modifiée de façon déductive en fonction des catégories du modèle de Chaudoir et collaborateurs (2013), qui servait de cadre opératoire pour la présente analyse. Les mémos et le *mapping* ont respectivement été utilisés par l'étudiant-chercheur afin de collecter les réflexions, les questionnements, les synthèses et les discussions du comité de pilotage, ainsi que pour mettre en relation les données issues des entretiens de groupes et individuels et des journaux de bord. Afin de s'assurer de la justesse du codage et pour favoriser la réflexivité du processus d'analyse, la moitié des entretiens ont été co-codés avec au moins un membre de l'équipe de recherche. Les divergences de codage ont été résolues par discussion jusqu'à l'atteinte d'un consensus.

Les synthèses des entretiens et les commentaires émis par les informateurs et les membres du comité de pilotage ont aussi été pris en compte durant l'analyse des données. Des catégories additionnelles ont alors pu être ajoutées lorsque de nouveaux thèmes étaient identifiés en cours d'analyse. En cas de désaccord entre les différentes sources, en cohérence avec la RAP (Israel et coll., 2012; Minkler et Wallerstein, 2008), la présentation des résultats a mis en évidence ces désaccords. De plus, l'analyse a permis de raffiner les outils de collecte des données subséquentes, incluant les guides d'entretien semi-structurés. Les mémos, le *mapping* et les notes de terrain du chercheur, incluant des réflexions, des questionnements, des synthèses et des discussions de l'étudiant-chercheur, ont aussi été utilisés tout au long de la collecte et de l'analyse des données (Miles et coll., 2014).

Pour offrir une vue d'ensemble des résultats, la condensation des données a ensuite mené à organiser les résultats sous forme de schéma pour les pratiques à intégrer par les ergothérapeutes (objectif 1), de tableau intégratif pour les facteurs pouvant influencer leur intégration (objectif 2) et de matrice pour les leviers d'action à déployer (objectif 3). Le programme de recherche élaboré par Levasseur (2016) de même que le continuum de services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile de Bégin et collaborateurs (2009) ont également inspiré la schématisation du continuum d'interventions émergentes. Selon ces modèles (Figure 3), les interventions offertes aux aînés doivent s'inscrire selon un continuum allant des interventions individuelles (pour les aînés ayant des incapacités) vers les interventions populationnelles (pour les aînés de la population en général en passant par ceux à risque d'incapacités). Finalement, les synthèses réalisées à la fin de chaque entretien, les discussions avec les membres de l'équipe de recherche et les membres du comité de pilotage et l'utilisation de la photo-élicitation ont permis la vérification des conclusions auprès des informateurs clés (Miles et coll., 2014).

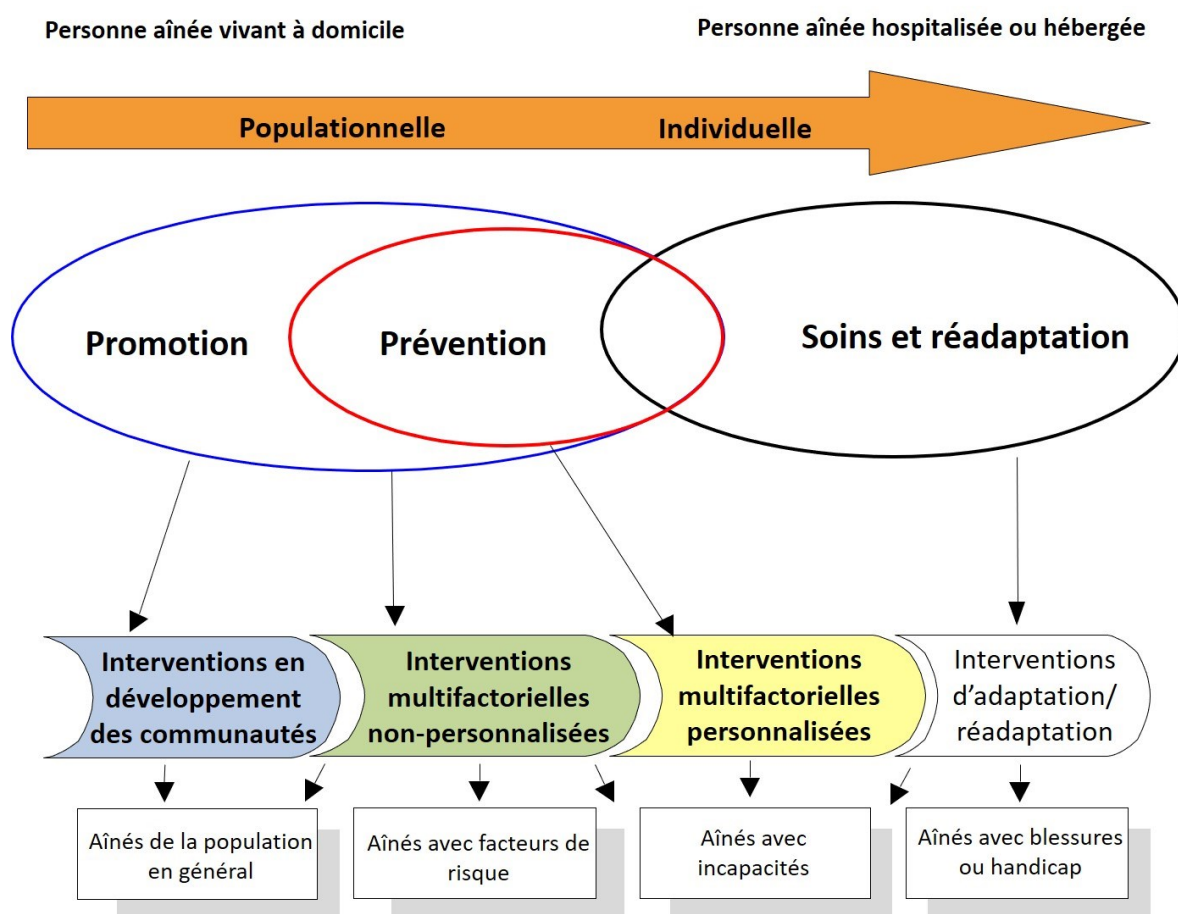
5.6 Critères de rigueur

La crédibilité de l'étude est assurée par un processus participatif rigoureux et soutenu, issu d'un besoin explicite des acteurs du terrain (Israel et coll., 2012; Kemmis et coll., 2014; Minkler et Wallerstein, 2008). La co-analyse et les discussions fréquentes avec les membres de l'équipe de recherche de même que l'implication d'un comité de pilotage et d'un facilitateur communautaire assurent aussi la crédibilité de l'étude. Cette démarche est

appuyée par l'utilisation de mémos, les prétests et la validation des guides d'entretien par des experts (chercheurs avec expérience en recherche participative et qualitative) et la triangulation à la fois des sources et des chercheurs, des méthodes de collecte et d'analyse des données (Laperrière, 1997). La fiabilité de l'étude est augmentée par l'utilisation de bandes audio, la validation des résultats auprès des participants et la description détaillée des stratégies de collecte et d'analyse des données. L'implication prolongée dans le milieu (6 mois) a également favorisé la fiabilité de l'étude en permettant une réflexion approfondie sur la pratique des ergothérapeutes. Enfin, la transférabilité est soutenue par une description étoffée des participants et du contexte ainsi que par une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné impliquant une diversité de participants (Laperrière, 1997).

Figure 3

Continuum de services pour les aînés vivant à domicile (adapté de Bégin et coll., 2009)



[Figure tirée de Bégin et coll. (2009). Autorisation de reproduction obtenue de Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.]

5.7 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé au Comité d'éthique de la recherche du [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (Annexe 16). Par le biais de l'entente de partenariat (Annexe 2), les directives en lien avec le maintien de la confidentialité et de l'anonymat, ainsi que la conservation des données, ont été présentées au comité de pilotage. Un consentement écrit libre et éclairé a été obtenu pour chaque participant (Trois conseils, 2010). Deux formulaires d'information et de consentement, incluant le but de la recherche, les retombées potentielles, les risques et les bénéfices, ont été signés par les ergothérapeutes, les intervenants et les informateurs clés secondaires (Annexe 17) ainsi que les aînés et les proches aidants (Annexe 18). Étant donné que la participation sociale est susceptible de faire émerger des émotions, les usagers étaient au besoin dirigés vers les cliniciens les ayant informés de la recherche. En tout temps, tous ont pu se retirer de l'étude, sans aucune conséquence. Puisque l'étude se déroulait dans un territoire unique et avec un nombre de participants relativement restreints, l'équipe de recherche s'est assurée du maintien de l'anonymat (anonymisation des verbatim et des questionnaires) et de la préservation de la confidentialité des données (électroniques : dossiers verrouillés dans ordinateur sécurisé; manuscrites : classeur verrouillé dans un bureau barré). Les participants ont également été informés du caractère confidentiel des données recueillies et des procédures suivies pour assurer cette confidentialité. Afin de s'assurer que les résultats reflètent leur expérience, une synthèse a été présentée puis validée par les participants à la fin de tous les entretiens.

CHAPITRE 6

RÉSULTATS

Le présent chapitre vise à présenter les résultats de la recherche. L'article (section 6.1) s'attarde aux pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser la participation sociale des aînés (objectif 1) et aux facteurs qui peuvent influencer leur intégration au soutien à domicile (objectif 2). De plus, la section 6.2 présente les résultats complémentaires relatifs aux leviers d'actions à déployer pour intégrer ces pratiques (objectif 3) ainsi qu'aux retombées inattendues de l'étude. Finalement, une synthèse des résultats conclura ce chapitre (section 6.3).

6.1 Article intitulé « Community-based participatory research remodelling occupational therapy to foster older adults' social participation »

Auteurs de l'article: Pier-Luc Turcotte, Annie Carrier, Mélanie Levasseur

Statut de l'article: resoumis avec révisions 04/2018 au *Canadian Journal of Occupational Therapy*.

Avant-propos: cet article présente les résultats des objectifs 1 et 2 du mémoire.

Contribution de l'étudiant: l'étudiant a écrit entièrement le premier jet de cet article. Les co-auteurs ont ensuite lu et commenté l'article afin de le bonifier. L'étudiant a corrigé et soumis de nouveau une version améliorée aux co-auteurs, jusqu'à ce que toutes se soient déclarées satisfaites de l'article.

Résumé:

Introduction. Les ergothérapeutes qui offrent des services communautaires sont en bonne position pour favoriser la participation sociale des aînés. Toutefois, les ergothérapeutes en milieu communautaire abordent rarement la participation sociale et nécessitent un soutien pour changer leur pratique. **But.** Cette étude a amorcé une réflexion autour des services d'ergothérapie en milieu communautaire en : 1) identifiant des pratiques favorisant la participation sociale des aînés et 2) décrivant les facteurs qui peuvent affecter leur intégration. **Méthode.** Une démarche de recherche participative en milieu communautaire a été initiée au sein d'une grande ville canadienne. Quatre groupes de discussion focalisée et sept entretiens individuels ont été réalisés avec 28 informateurs clés. **Résultats.** Un continuum de pratiques émergentes a été identifié, incluant des interventions personnalisées, de groupe et communautaires. Les facilitateurs potentiels à l'intégration de ces pratiques incluent le soutien clinique, une meilleure communication et l'implication des usagers. Des obstacles organisationnels et systémiques étaient reliés à la culture institutionnelle et aux indicateurs de performance. **Implications.** Ces résultats proposent des moyens innovants de favoriser la participation sociale des aînés et identifient des facilitateurs et obstacles potentiels à l'intégration de ces pratiques.

Abstract

Background. Occupational therapists who provide community-based services are well positioned to foster older adults' social participation. However, community occupational therapists rarely address social participation and require support to change their practice.

Purpose. This study initiated a remodelling of community occupational therapy services by: (1) selecting practices fostering older adults' social participation, and (2) identifying factors that could influence their integration.

Method. A community-based participatory research study was conducted in a large Canadian city. Four focus group meetings and seven individual interviews were held with 28 key informants.

Findings. A continuum of emerging practices was identified, including personalized, group-based and community-based interventions. Potential enablers of these practices included clinical support, better communication and user involvement. Organizational and systemic barriers were related to the institutional culture and performance indicators.

Implications. These results point to innovative ways to foster older adults' social participation and identify potential enablers and barriers influencing their integration.

Keywords

aging; community health services; health promotion; participatory action research; social isolation.

Word count: 6111

Table: 3

Figure: 2

Introduction

Given the complex and growing needs of aging populations, older adults' active and healthy living must be fostered, including through their participation in society (World Health Organization, 2002). Defined as involvement in activities providing interactions with others in the community (Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010), social participation results from two-way interactions between personal and environmental factors (Fougeyrollas, 2010). Social participation can be operationalized through social and leisure activities which involve many forms of engagement, including social activism where older adults act as change agents (Fox & Quinn, 2012). As they age, about half of older adults (42%) will experience disabilities (Turcotte & Schellenberg, 2007) that could restrict their social participation (Fougeyrollas, 2010). This restriction can have a detrimental impact on health, e.g. higher risk of mortality (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015), morbidity (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, 2016) and hospitalization (Newall, McArthur, & Menec, 2015), and decreased quality of life (Levasseur, Desrosiers, & St-Cyr Tribble, 2008). Furthermore, older adults experiencing limited social interactions are 29% more likely to die prematurely than those who have optimal social participation (Holt-Lunstad et al., 2015). While most unmet needs among older adults with disabilities are related to social and leisure activities (Turcotte, Larivière, et al., 2015), social participation restrictions could be avoided by individual and population interventions optimizing the person's abilities and environment (Fougeyrollas, 2010). Although well positioned to meet these needs, community occupational therapists face different challenges but have potential levers of change to integrate social participation interventions (Craig, 2012).

To provide social participation interventions in older adults, community occupational therapists could adopt a continuum of promising practices ranging from individual to population level (Clément et al., 2017). If introduced into current practice, these promising interventions could contribute to older adults' social participation. At one end of the continuum, occupational therapists could provide one-on-one interventions, for example, to help adapt the environment (Graff et al., 2008) or set goals (Zingmark, Nilsson, Fisher, & Lindholm, 2016). In addition, group-based preventive and educational sessions about health and meaningful occupations (Clark et al., 2012) could enable occupational therapists to reach more older adults and do so earlier in the aging process. At the other end, community development practices targeting environmental aspects could reach populations in different neighbourhoods and communities (Leclair,

2010). Community development consists of a multi-layered community-driven process that promotes the community's ability to participate in occupations (Lauckner, Krupa, & Paterson, 2011). Among examples of occupational therapists working in community development, the Community Action Group encourages older adults with disabilities to foster accessibility and support in their neighbourhood environments (Trentham, Cockburn, & Shin, 2007). All these promising practices have the potential to improve the health, quality of life and functional autonomy of older adults (De Coninck et al., 2017). Group and individual interventions have also been found to be cost effective (Clark et al., 2012; Graff et al., 2008; Zingmark et al., 2016).

Despite their potential effectiveness, current community occupational therapy services worldwide appear to be limited to ensuring independence and home safety rather than social participation (Craig, 2012). In Québec (Canada), this limitation in community occupational therapy services has been observed with respect to prioritization (Raymond et al., 2013), referral forms (Carrier, Freeman, Levasseur, & Desrosiers, 2015) and indicators of the performance of their services (Carrier, Levasseur, Freeman, & Desrosiers, 2016). This limitation may lead to a practice context where therapists mainly target urgent situations rather than long-term needs (Hébert, Maheux, & Potvin, 2002). While varying across Canada (Canadian Association of Occupational Therapists, 2016), community occupational therapy services encompass homecare following hospital discharges, and may also include health promotion and disease prevention (Ramsey, 2007). However, a focus on hospital discharges was also noticed in other primary care settings, possibly due to the current predominance of the medical model (Trentham & Cockburn, 2011). To support community occupational therapists in fostering older adults' social participation, a better understanding of the enablers and barriers to promising practices is needed, especially from the stakeholders' viewpoint.

According to community occupational therapists, enablers of social participation interventions are related to the therapists themselves, e.g. professional identity, creativity and experience (Hébert et al., 2002), and also to service users, e.g. engagement in their care (Turcotte, Carrier, Desrosiers, & Levasseur, 2015). Other enablers of integrating social participation interventions include peer support and mentoring and the development of partnerships between community organizations and healthcare services (Ramsey, 2007). Despite these enablers, systemic and organizational obstacles reportedly restrict social participation interventions in community occupational therapists' current practice (Turcotte, Carrier, et al., 2015). Systemic obstacles include the lack of funding

for community services (Craig, 2012) as well as restrictive biomedical discourses on aging (Laliberte Rudman, 2005) that prevent occupational therapists from increasing older adults' social participation (Trentham & Cockburn, 2011). Organizational factors, such as accessibility or continuity of services, further influence how healthcare services meet users' needs, more than the quantity or diversity of resources (Lamarche, Pineault, Gauthier, Hamel, & Haggerty, 2011). However, these factors might differ according to the model of service used by community occupational therapists (Canadian Association of Occupational Therapists, 2016). Therefore, the factors that influence social participation practices in community occupational therapy services need to be examined in more depth and in a contextualized manner. To maximize how promising practices can be introduced into the real world, research pointed up the need to engage community stakeholders through the process (Israel, Eng, Schulz, & Parker, 2012).

Using more comprehensive and participatory approaches to research could be beneficial in engaging a variety of stakeholders in solving their own problems (Jagosh et al., 2012). Two previous studies used participatory approaches with occupational therapists; one was conducted in hospital settings (Bennett et al., 2016) and the other in the community (Cockburn & Trentham, 2002). Among other studies, two distinct participatory research studies aimed at rethinking the practice of occupational therapists (Reed & Hocking, 2013; Wilding, 2011); strategies to change their practice, such as mentoring and capacity building, were identified. In these two studies, occupational therapists were mainly based in hospital settings, which differ markedly from community-based services for older adults. Among other relevant participatory research studies, only one specifically involved community occupational therapists and older adults in exploring community participation following hospitalization (Zakrajsek, Schuster, Guenther, & Lorenz, 2013). While focusing on the importance of caregivers and communication between institutions, this study was initiated primarily by university researchers and managers from hospital and homecare settings. In addition to being based mainly on top-down implementation approaches rather than on the perspective of potential knowledge users, most previous studies did not involve other stakeholders concerned with older adults' social participation, such as community workers and other health professionals. To remodel community occupational therapy services, greater knowledge is needed about the broader question: "Which factors influence the integration of social participation interventions in community occupational therapy with older adults?". Accordingly, this study aimed to initiate a remodelling of community

occupational therapy services by: 1) selecting practices fostering older adults' social participation, and 2) identifying factors that could influence their integration.

Method

Design

Based on a collaboration between academics and knowledge users (i.e. therapists, service users, community members and healthcare managers), this study used a community-based participatory research (CBPR) approach (Israel et al., 2012). This approach not only gives the research team a contextual understanding of a community in order to build on its strengths to remodel practices, it also enables non-academic partners to benefit immediately from the research findings and be actively involved in the knowledge translation. To promote this collaboration, a steering committee was formed, including twelve stakeholders from a community-based setting in a large Canadian city. In addition to the authors, the committee included nine non-academic members: one community occupational therapist, one representative from a community organization, one older adult, two healthcare managers, one clinical coordinator, one community organizer, one representative from a national association and one community facilitator from a provincial agency supporting older adults' local roundtables. At an initial workshop meeting lasting about 90 minutes, the steering committee initiated the CBPR partnership, formulated the research objectives and amended the research process. As it had to be based on insiders' viewpoints in an emerging and evolving process, this study was framed according to a critical-constructivist perspective (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014). Consistent with a CBPR approach (Israel et al., 2012), this perspective promoted an equitable relationship between researchers and participants (Townsend, Langille, & Ripley, 2003). Following the recommendations of Israel and colleagues (2012), six of the non-academic members of the steering committee described above also participated in data collection and analysis, e.g. identification of key themes. While the authors were all university-based researchers, two other non-academic partners helped to disseminate the findings, e.g. presentations at scientific conferences and other publications.

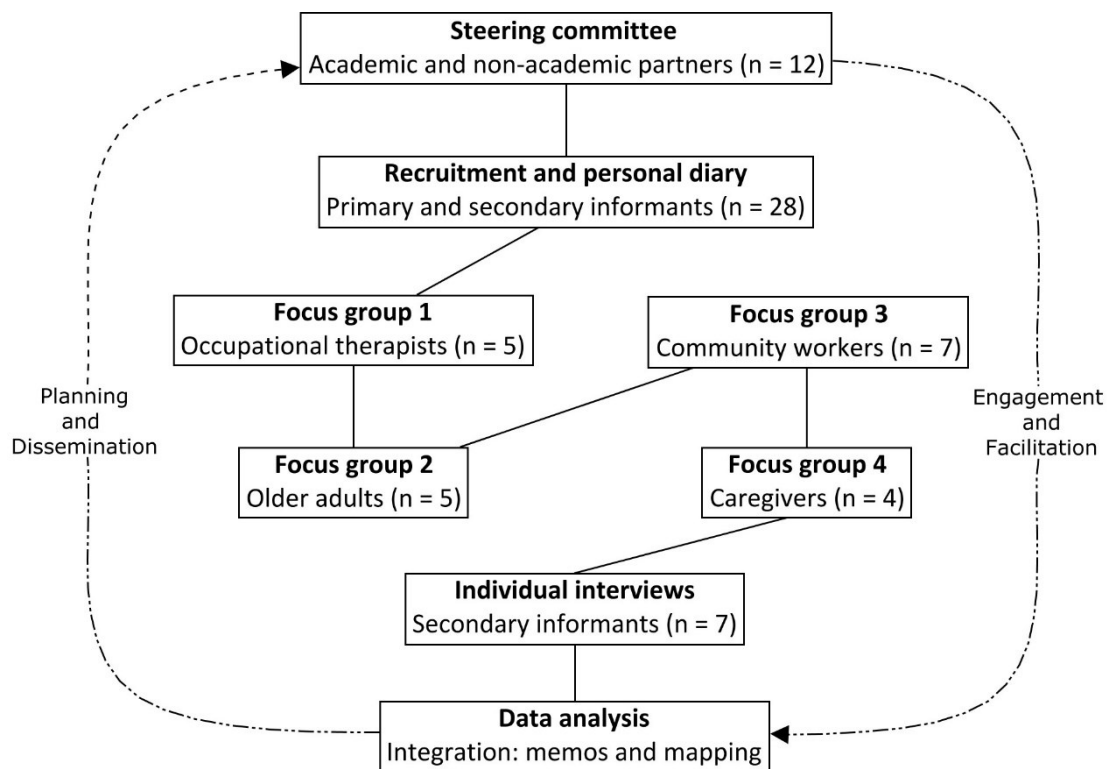
Participants

A convenience sample was formed using a purposeful sampling strategy, where twenty-one primary informants and seven secondary informants, concerned with community occupational therapy services and older adults' social participation, were recruited at a local community services centre (*Centre local de services communautaires*; CLSC). In Québec (Canada), a CLSC is a publicly-funded organization that provides health

promotion and disease prevention as well as homecare and rehabilitation services to the population in its territory, including community occupational therapy. This CLSC was purposely selected as it faced particular challenges (e.g. high level of poverty and chronic diseases, and located at the outer limit of public transit) and had expressed a need for support. To remodel these services holistically, the sampling strategy was designed to encompass a diversity of viewpoints.

Figure 1

Flowchart of the community-based participatory research (CBPR) process



Legend: At an initial workshop, the **steering committee** members initiated the CBPR partnership. Primary and secondary informants were **recruited** and asked to complete a **personal diary**. Then, **focus group meetings** and **individual interviews** were conducted iteratively with each type of informant, together with the **data analysis**. The previous steps, connected with a solid line in the flowchart, were central to the CBPR process and were encircled by the **engagement** of steering committee members as well as the **facilitation** strategies. Throughout the process, **planning** the next steps and the **dissemination** of knowledge and findings also involved the steering committee members. The dotted lines illustrate the non-linear, evolving and circular aspect of the CBPR process that will lead to another research cycle with the **steering committee** members.

Four groups of primary informants were created, each composed of participants from the same organization: 1) five community occupational therapists, 2) five older adults who received homecare, 3) four family caregivers of older adults, and 4) seven community workers from seniors' organizations. Older adults and caregivers, who were referred to the first author by homecare professionals, had received homecare services during the previous year and were able to participate in group discussions. Community

workers were recruited by the first author through a local roundtable of seniors' community organizations. Seven secondary informants included one representative from the occupational therapists' regulatory board, two healthcare managers responsible for either occupational therapy practice or homecare services, one community organizer, and three clinical coordinators, i.e., one in occupational therapy, one in nursing and one in social services. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Montreal East Island Integrated University Health and Social Services Centre (CIUSSS-CEMTL-066).

Data Collection

Four focus group meetings lasting approximately 2 hours, one with each group of primary informants, followed by seven individual interviews lasting approximately 60 minutes, one with each secondary informant, were held from April to October 2016. The first author conducted the individual interviews and facilitated the focus groups, each of which was observed and synthesized by another author using an observation grid. To gain a deeper understanding of their respective viewpoints and encourage freedom of expression (Israel et al., 2012), primary informants were met in homogenous groups. Secondary informants, on the other hand, as they had unique positions in the organization that completed primary informants' viewpoints, were interviewed individually. Meetings and interviews were conducted iteratively and focused on community occupational therapy practices fostering older adults' social participation and factors influencing their integration. All group meetings and interviews were audiotaped, transcribed, and analyzed. A semi-structured interview guide was pretested and amended throughout the process. The guide included open-ended questions such as: "What could occupational therapists do to foster older adults' social participation?", "What factors could influence the integration of such practices?" and "What should be done to support occupational therapists in integrating social participation interventions?". Prior to the interviews, informants were invited to reflect on these questions by completing a personal diary. During the group meetings and interviews, participants were invited to share their ideas based on these reflections. After all ideas were shared, other promising practices, i.e. interventions with sufficient evidence of their effectiveness (Canadian Homelessness Research Network, 2013) based on a literature review, were presented to participants using photo-elicitation techniques (Margolis & Pauwels, 2011). These techniques aimed to stimulate discussions by showing illustrations about specific questions and to elicit responses by delving into more abstract concepts (like practices) and explaining the

informants' realities from their perspective. Informed by previous interviews and evolving throughout the data collection process, illustrations were adapted to the different types of participants. This process fostered co-construction between research and practice to generate emerging practices (Farmer et al., 2018), i.e. new and innovative interventions that hold promise based on a certain level of evidence but are not sufficient to be considered 'promising' (Canadian Homelessness Research Network, 2013). Following each interview and group meeting, syntheses were presented and discussed with informants so their insights could be considered in the analysis. Finally, the usual sociodemographic and clinical data were collected.

Data Analysis

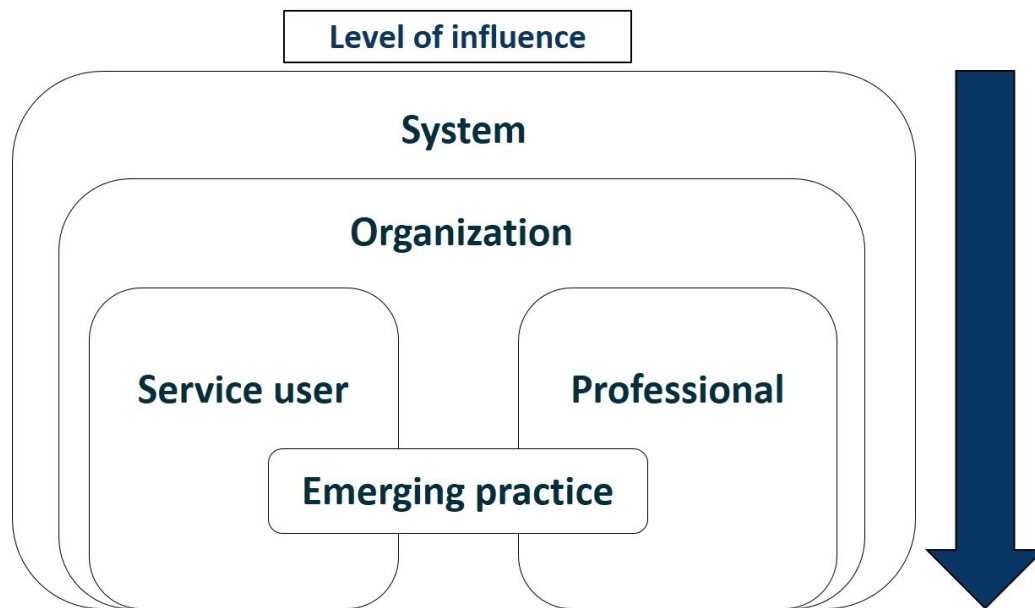
Using a mixed coding grid combining inductive and deductive approaches, the first author performed thematic content analysis (Miles, Huberman, & Saldana, 2014). Data from multiple sources (focus groups, interviews and diaries) were integrated through memos and mapping, and half of the transcripts were co-coded by another author. Any discrepancies in coding were discussed until consensus was reached. To obtain alternative interpretations, members of the steering committee were involved at specific times between the interviews. Initial codes emerging from the content of the interviews were subsequently organized and labeled according to the multi-level framework of Chaudoir, Dugan and Barr (2013), which conceptualizes factors that influence the implementation of emerging practices (Figure 2). These factors include emerging practices (e.g. components and impacts of social participation interventions), as implemented by professionals (e.g. occupational therapists' values, skills and interests) for service users (e.g. aspects of older adults' and their caregivers' needs), both of which are nested in an organization (e.g. interprofessional collaboration and community partnerships) and broader system (e.g. community services policies and funding). The analysis distinguished factors that were reported as having a *direct* influence on the integration of social participation practices from factors that had an *indirect* influence, such as on older adults' social participation, but should be considered (Figure 2). Participants' characteristics were finally described by median and interquartile range or frequencies and percentages according to the type of variable (continuous or categorical, respectively).

Findings

Key informants with a variety of characteristics and contexts selected a continuum of emerging practices, each of which had enablers and barriers influencing their integration.

Figure 2

Multi-level framework for implementing emerging practices (adapted from Chaudoir et al., 2013)



Legend: *System*: factors related to the broader structural context (e.g. funding and policies; in this research: performance indicators or political priorities); *Organization*: factors related to clinical and community care settings (e.g. interprofessional collaboration and partnerships; in this research: partnerships with community organizations, organizational pressure or institutional culture); *Professional*: factors related to the healthcare provider (e.g. occupational therapists' values, skills and interests; in this research: experience, expertise or knowledge of resources); *Service user*: factors related to clients' characteristics (e.g. older adults' and their caregivers' needs; in this research: complexity of needs, expression of needs or motivation to change); *Emerging practice*: factors related to the intervention implemented (e.g. components and impacts of social participation intervention; in this research: evidence of effects, flexibility or time required); *Level of influence*: factors that have a direct influence on the integration of social participation practices by occupational therapists; *Factor for consideration*: additional factors that have an indirect influence on the integration of social participation practices, e.g. mostly affecting older adults' social participation, but that have to be considered by occupational therapists.

Key Informants' Characteristics and Contexts

Aged between 70 and 80 years old, the majority of older adults (identified below as Older adults group) were women with more than seven years of education (Table 1). Most had neurological or musculoskeletal conditions. Caregivers (identified below as Caregivers group) were mainly retired women, between 53 and 72 years of age; most were children of the older adults (Table 1). Community workers (identified below as Community workers group) and healthcare providers, i.e. occupational therapists (identified below as Occupational therapists group) and secondary informants (identified below as Secondary informant #), were mostly women with between one and 40 years of experience and various professional backgrounds. For all participants, community occupational therapists' current practices were mainly limited to optimizing home safety and independence in mobility and personal care. Quotes were selected to illustrate all the participants' perspectives.

Table 1
 Characteristics of Key Informants ($n = 28$)

	Older adults ($n = 5$)		Caregivers ($n = 4$)		Community workers ($n = 7$)		Healthcare providers ($n = 12$)	
Continuous variables	Md (IR)	Mean (SD)	Md (IR)	Mean (SD)	Md (IR)	Mean (SD)	Md (IR)	Mean (SD)
Age (years)	73.0 (3.0)	74.2 (4.6)	64.0 (4.3)	63.3 (8.0)	58.0 (20.0)	48.6 (13.3)	42.5 (6.3)	42.4 (10.1)
Work experience (years)					5.0 (1.5)	7.9 (7.7)	11.5 (7.9)	14.9 (13.3)
Experience with older adults (years)					18.0 (10.5)	19.4 (15.2)	19.5 (14.4)	17.1 (12.8)
Categorical variables	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
Gender (women)	3 (60.0)		4 (100.0)		6 (85.7)		8 (66.7)	
Education (years)								
• Elementary (1-6)			1 (25.0)					
• High school (7-11)	3 (60.0)		2 (50.0)					
• College/professional (12-14)	2 (40.0)		1 (25.0)		4 (57.1)			
• Bachelors (15-16)					3 (42.9)		7 (58.3)	
• Masters/Doctorate (≥ 17)							5 (41.7)	
Health problems								
• Musculoskeletal	2 (40.0)							
• Neurological	2 (40.0)							
• Cardiovascular	1 (20.0)							
Income (Can \$)								
• < 15 000	1 (20.0)		2 (50.0)					
• 15 001 – 25 000	3 (60.0)		1 (25.0)					
• > 25 000	1 (20.0)							
Missing data			1 (25.0)					
Relationship with older adult								
• Spouse			1 (25.0)					
• Child			3 (75.0)					
Employment status/title								
• Retired	5 (100.0)		2 (50.0)					
• Unemployed			1 (25.0)					

	Older adults ($n = 5$)	Caregivers ($n = 4$)	Community workers ($n = 7$)	Healthcare providers ($n = 12$)
• Part-time worker		1 (25.0)		
• Occupational therapist				5 (41.7)
• Clinical coordinator				3 (25.0)
• Healthcare manager				2 (16.7)
• Community organizer				1 (8.3)
• Regulatory board representative				1 (8.3)

Md: Median; *IR*: Interquartile Range; *SD*: Standard Deviation.

Which Practices Could Be Integrated to Foster Older Adults' Social Participation?

Participants identified a continuum of emerging interventions fostering older adults' social participation, ranging from personalized to community-based interventions (Table 2): "As an occupational therapist, she's closer to the person, but if she joins roundtables or projects. . . The goal for everyone, ultimately, is social participation." (Community workers group).

Table 2

Continuum of Emerging Interventions Fostering Older Adults' Social Participation

Type of intervention	Characteristics
Personalized interventions	<p>Evaluate social needs: evaluate interests, motivation, past and current social participation habits, and screen for risk factors of vulnerability</p> <p>Provide 'social prescriptions': use intervention plans and inform the community network to engage them in promoting older adults' social participation</p> <p>Assist in using resources: involve caregivers in accompanying the older adult, refer to existing resources and encourage use of transportation</p> <p>Support caregivers who help older adults: offer activities at home to stimulate participation and provide caregivers with respite</p>
Group-based interventions	<p>Facilitate a variety of customized group sessions: intervene in a group context in different settings, at different times of the week and with different types of clientele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitate exercise group sessions: lead weekly one-hour group sessions in partnership with a community centre, including volunteers and community workers • Provide indirect, preventive interventions: take part in a coffee hour to meet older adults, follow-up on intervention plans or refer to other professionals
Community-based interventions	<p>Develop a network of older partners: gather healthy older adults as agents to promote other older adults' social participation</p> <p>Build partnerships in the community: target existing strengths in the community, assist community workers and educate community members to minimize stigma related to aging and disabilities</p> <p>Participate in service planning: get involved in local roundtables, e.g. to design healthy, age-friendly communities</p> <p>Provide an occupational perspective on health: get involved in public health or municipal departments to promote occupational engagement and social participation as a health determinant</p>

Personalized interventions. Regarding personalized interventions, informants discussed the possibility of optimizing the evaluation of social needs, engaging the network through ‘social prescriptions’ and assisting older adults to use existing resources (Table 2). As social participation was rarely addressed in occupational therapists’ current practice, participants considered it essential to better evaluate older adults’ social participation needs: “During the assessment, there should be at least one question related to social participation, the person’s interests and what exists.” (Secondary informant #2). One community worker suggested that occupational therapists provide ‘social prescriptions’ to engage the community network and caregivers in their intervention plans: “If they could prescribe ‘I want you to go eat in the dining room twice a week’ . . . The person would have to walk there and socialize with people.” (Community workers group). Accordingly, occupational therapists could offer customized support to caregivers who help older adults: “When [a caregiver] is burnt out, an occupational therapist can intervene to provide more help. Most of the time, caregivers aren’t aware they could get more services.” (Older adults group). Once intervention plans are set up, assisting older adults to use existing resources was another possible practice: “The occupational therapist should not only refer the person to a social activity, but also go there once in a while to observe the person.” (Community workers group).

Group-based interventions. In addition to personalized practices, participants discussed the possibility of facilitating a variety of customized group sessions (Table 2). In this setting, two occupational therapists had an emerging role that consisted of facilitating exercise group sessions. In partnership with a community organization, these weekly one-hour groups had been organized for the last 20 years and attracted 15 to 20 people with multiple sclerosis. As mentioned by one of the occupational therapists involved in group-based practices: “It has proven beneficial in reaching our clientele. Because they know us, sometimes it helps to get the person to go out.” (Occupational therapists group). These sessions were appreciated, as noted by one older participant: “It’s really nice. We come here every Monday. There’s an occupational therapist, plus two or three workers and four volunteers. All these people come and it’s free.” (Older adults group). Each session was followed by a coffee hour that allowed occupational therapists to provide indirect, preventive interventions such as follow-ups on intervention plans or referrals to other professionals.

Informants suggested varying the approaches and settings in which these practices are delivered as well as the type of population they target to make sure they meet different populations' needs: "There could be different types of groups, some people are not interested in going to group meetings, there could be personalized assistance based on the same evaluation." (Secondary informant #1). Older adults and community workers recommended offering group sessions more often and at different times: "Not only at the CLSC, but at other community centres. On Monday it's at our centre, on Tuesday it could be at another centre, on Wednesday at the CLSC, etc. People would have four groups at four different places." (Community workers group).

Community-based interventions. Among other possibilities, participants suggested that occupational therapists get engaged in community-based interventions to increase social participation opportunities (Table 2). One practice consisted of developing a network of older partners as agents fostering older adults' social participation: "It would be an excellent idea to have a pool of trained volunteers who could visit or provide assistance with a social activity." (Secondary informant #5). Another practice mentioned related to building partnerships in the community: "If we work on projects with community and institutional partners and less in isolated groups, we don't duplicate our work. . . and people are better served." (Community workers group). Occupational therapists could also participate in service planning for older adults: "In planning for universal accessibility with municipalities, leisure or access to transportation. . . The advocacy role that occupational therapists are trained and expected to play." (Secondary informant #1). Finally, occupational therapists could get involved in settings where they do not currently work in order to provide an occupational perspective on health: "Public health departments are mainly composed of community organizers with a background in social work. . . Professional diversity leads to a more comprehensive and complementary vision of health." (Secondary informant #2).

Which Factors Influence the Integration of Social Participation Interventions?

The integration of social participation interventions was influenced by enablers, mostly related to occupational therapists, emerging practices and service users, while barriers included systemic and organizational factors, such as performance indicators, institutional culture and organizational pressure (Table 3).

Table 3

Synthesis of Factors that Could Influence the Integration of Social Participation
Interventions in Community Occupational Therapy

Level of influence	Factors	Barrier	Enabler	Both
Emerging practices	Time required	•		
	Administrative tasks	•		
	Relationship with existing resources		•	
	Assessments used	•		
	Evidence of long-term effects			•
	• Cost-effectiveness of interventions		•	
	Flexibility		•	
	• Recruitment and group formation			
	Context of intervention			
	• Accessibility of the environment			
	• Confidentiality			
	• Occupational schedule			
	Relationship of trust			
	Rewarding experience		•	
Occupational therapists	Experienced versus recently graduated			•
	Occupational therapy expertise			•
	Motivation, passion and conviction		•	
	Restriction on occupational therapists' field of practice	•		
	Knowledge of existing resources			•
	Openness to change		•	
	• Risk tolerance			•
	Professional responsibility			•
	• Change agent and advocacy role			
Service users	<i>Older adults</i>			
	Complexity of older adults' needs	•		
	• Psychosocial dimension			
	• Economic vulnerability			
	• Fluctuation of older adults' needs	•		
	• Mental and cognitive conditions	•		
	Expression of needs			•
	Motivation to change			•
	<i>Caregivers</i>			
	Overcompensation by caregivers	•		
	• Caregiver burnout			
	<i>Both (older adults and caregivers)</i>			
	Knowledge and experience with resources			•
Organization	• Cultural and ethnic communities			
	Organizational pressure	•		
	Change and reorganization			•
	• Continuum of care			

Level of influence	Factors	Barrier	Enabler	Both
	Lack of resources	•		
	Waiting lists	•		
	Misunderstanding of occupational therapists' role	•		
	Openness of decision-makers			•
	• Clinical support		•	
	Partnership		•	
	• Communications			•
	• Support from community workers		•	
	Contradictory institutional culture	•		
System	Performance indicators	•		
	Lack of personalization	•		
	Funding and political priorities	•		
	Aging population			
	• Stigmas			
	Conceptualization of health	•		
	Proximity of services			
	Municipal policies			
	• Access to transportation and public transit			
	Academic engagement		•	
	Lack of role models	•		

Note: Themes and sub-themes are presented according to the categories in the multi-level framework of Chaudoir et al. (2013); each sub-theme is classified based on its potential influence on occupational therapy practices fostering older adults' social participation. **Bold** indicates factors that have a direct influence on the integration of social participation practices, while (*not bold*) indicates factors that have an indirect influence, e.g. on older adults' social participation, but that occupational therapists need to consider when integrating social participation practices; *Barrier*: potential barrier to social participation practices; *Enabler*: potential enabler of social participation practices; *Both*: factor that could be both an enabler and a barrier depending on whether it is present or not (presence may vary).

Factors related to emerging practices. Many characteristics of emerging practices were cited as both enablers and barriers that had a direct influence on their integration, while others were factors that occupational therapists needed to consider (Table 3). Potential enablers included flexibility and the rewarding aspect of social participation interventions for occupational therapists. One therapist also stressed the importance of considering existing resources before creating new projects: "We must check to see if something already exists and how we can integrate to that." (Occupational therapists group). Among potential challenges, participants identified the time required to foster social participation, the number of administrative tasks and the assessments used (Table 3). First, fostering social participation takes time, including searching for existing resources, assessing the match with

older adults' abilities, and facilitating communication with community organizations. As one healthcare manager said: "You can't do that sitting in a corner in five minutes. . . It's observation - encouragement - participation. And that takes time." (Secondary informant #7). Another challenge was the importance of emphasizing the therapeutic nature of interventions as a way to ensure their credibility in the eyes of healthcare managers: "They were 'therapeutic' groups – in occupational therapy, if you don't have the word 'therapeutic', you can't drift into leisure." (Occupational therapists group). Also, assessments used by occupational therapists to evaluate older adults' needs are oriented more towards basic and safety needs rather than social participation, as indicated by a clinical coordinator: "We structured our form based on the occupational performance model and it contains one item about social activities. There are three lines. . . it could be developed and documented more." (Secondary informant #5). In addition to factors that have a direct influence, occupational therapists should consider the indirect influence of the context of social participation interventions (Table 3). Thus, they should advocate for universally accessible environments and ensure that confidentiality is protected, especially in groups, and that services respect older adults' occupational schedule.

Factors related to occupational therapists. Concerning occupational therapists, their motivation and openness to change were potential enablers, restriction on their field of practice and limited tolerance for risk were potential barriers, while experience and expertise, and knowledge of resources were both enablers and barriers (Table 3). Regarding occupational therapists' experience, some participants identified being experienced as an enabler compared to recently graduated therapists: "Having someone who can guide you and knows the resources, it also helps to have a certain hindsight." (Occupational therapists group). One possible barrier was the recognition of occupational therapists' expertise related to social participation, as some participants did not consider it essential at every step: "It's part of our expertise, but we are not the only ones. For example, assistance in leisure, do we need to do every step? I don't think so. . ." (Secondary informant #1). Participants acknowledged that the current practice context focusing on basic and safety needs led to restrictions on occupational therapists' field of practice: "Socialization, and even occupations, are disappearing [from community occupational therapists' practice]. That is why we went into occupational therapy and we lost sight of all that." (Occupational therapists

group). Although occupational therapists might tend to put on blinders in the current context and have them imposed by the setting, they should consider using their role as change agents to reflect on their practices and promote occupational engagement (Table 3).

Factors related to service users. Concerning service users, potential barriers that had a direct influence included the complexity of older adults' needs and overcompensation by caregivers, while older adults' expression of needs, motivation to change and knowledge of resources were both enablers and barriers (Table 3). Participants mentioned older adults' ability to express their needs as a potential enabler: "Clients with physical disabilities fight more. . . Yoga is something they've been requesting for years. The need comes from the clients." (Occupational therapists group). Among possible barriers, one healthcare manager stressed the effect of the complexity of clients living at home: "The client profile that we have does not allow us to foster older adults' social participation, we focus on the most urgent problem and solve that." (Secondary informant #7). In addition, the factors that have an indirect influence included the psychosocial dimension, as expressed by one older adult: "If there's an activity and I tend to have panic attacks, if I don't have someone to accompany me, I won't go. I'd be too insecure." (Older adults group). Finally, since caregivers are essential partners, occupational therapists must consider their risk of burnout as it would affect their practice (Table 3).

Organizational factors. Potential organizational enablers included developing partnerships and clinical support, while potential barriers were organizational pressure, misunderstanding occupational therapists' role and a contradictory institutional culture (Table 3). Expansion of the program mandate to foster social participation was mentioned as a potential enabler: "If there was a broader mandate, to foster not only what happens in the home, but also [the client's] social participation." (Secondary informant #1). The possibility of working in partnership and communicating with community organizations were also enablers: "It will be a win-win for occupational therapists – they will save time and energy – and for older adults. In the end, they'll be happier." (Community workers group). As expressed by all the participants, major obstacles included organizational pressure to do more with less. As one caregiver said: "The problem is that occupational therapists are overloaded. If there were two or three more occupational therapists in the sector, they could do more social interactions." (Caregivers group). Another obstacle was misunderstanding

occupational therapists' role in fostering social participation, as mentioned by a clinical coordinator: "A social worker would never think of referring someone with a social participation need to an occupational therapist." (Secondary informant #3). Other obstacles included a contradictory institutional culture where receiving homecare and participating socially were mutually exclusive: "It's frowned upon when our people go out. When they are seen outside, they get their homecare cut." (Occupational therapists group). In addition to these factors, occupational therapists have to consider the continuum of care, which aims to ensure complementarity of services within the organization (Table 3).

Systemic factors. Among the systemic factors that have a direct influence, academic engagement was considered a potential enabler, while potential barriers included performance indicators, funding and political priorities as well as a restrictive conceptualization of health (Table 3). The engagement of academic researchers with clinicians and their efforts to translate knowledge to decision-makers were possible enablers: "Researchers can inform [decision-makers] regarding how it could benefit older adults if [such services] were implemented." (Secondary informant #7). Despite this potential contribution, the lack of role models at the university of occupational therapists practising in this field was identified as a potential barrier (Table 3). Three other potential barriers were mentioned. Firstly, performance indicators used to report on community occupational therapy services did not capture the real and complex impacts of social participation interventions, especially group-based interventions. For example, although many clients benefit from the same session, the number of participants is not considered, as expressed by one community worker: "Group interventions don't count as if you saw 25 people. . . It looks like you weren't productive." (Community workers group). Secondly, service funding is ensured for basic needs but not for social participation, which reflects the impact of political priorities: "It shows that, even for the Ministry [of Health], leisure and socialization aren't very important." (Occupational therapists group). Thirdly, one decision-maker recognized that social participation was not targeted, based on the dominant biomedical conceptualization of health: "We talk a lot about healthy habits, exercising, eating well. . . But we don't make the link with social participation." (Secondary informant #2). Finally, other factors that occupational therapists have to consider when fostering older adults' social participation include service proximity and municipal policies (Table 3).

Discussion

This study aimed to remodel community occupational therapy services through the first steps of selecting practices that foster older adults' social participation and identifying factors that could influence their integration. First, we identified a continuum of emerging interventions, including personalized, group-based and community-based interventions. This continuum integrates many promising practices found to be effective in improving social participation and health as well as reducing healthcare costs (Clark et al., 2012; Graff et al., 2008; Kimberlee, 2016; Zingmark et al., 2016). Since these interventions were primarily initiated by academic researchers and did not emerge from practice settings, more implementation studies are needed to foster evidence-based community occupational therapy services. Second, according to our findings, integrating social participation practices is influenced by enablers, mostly related to the therapists and emerging practices, while systemic and organizational factors such as performance indicators, institutional culture and organizational pressure, restricted it. Such findings are similar to those of other studies, where organizational factors were found to play an important role in the ability of healthcare services to meet population needs (Lamarche et al., 2011).

By remodelling community occupational therapy along a continuum from individual to community-based services, this research draws on previous criticisms calling for a reframing of the profession (Hammell, 2009, 2014). The current focus on individual practices, along with the emphasis on 'therapy', was shaped by the individualist culture characterizing modern society, in addition to biomedical models that frame health services (Gewurtz et al., 2016), including primary care (Trentham & Cockburn, 2011). According to Gerlach and colleagues (2018), occupational therapists who aim to promote social participation should consider the sociopolitical factors that influence occupational engagement, such as neoliberalism (Laliberte Rudman, 2005). Discrimination against older people and restrictive discourses about aging could be overcome by involving older adults in participatory research studies, as suggested by Trentham and Neysmith (2017). In our study, the restrictive conceptualization of health and a contradictory institutional culture may have been attributable to such factors, leading to a focus on autonomy and home safety rather than social participation (Carrier et al., 2016; Hébert et al., 2002). To move beyond individual interventions and forward to community-based services, a balance must be found between

client-centred and community-centred practices (Hyett, Kenny, & Dickson-Swift, 2018; Leclair, 2010). Community occupational therapists should therefore recognize, as part of their mandate, the importance of belonging to a community and being involved with others, not just being independent of them, and shift to models of practice that integrate collective occupations (Hammell, 2009, 2014).

Our results point to the influence of performance indicators on fostering older adults' social participation. The aim of performance indicators is to assess the ability of the healthcare system to 'perform' in helping to produce a healthier population (Demers & Pelchat, 2013). Indicators are chosen for the whole system and organizations are invited to meet them by providing services according to annual targets. Current indicators mainly focus on the quantity of services, e.g. number of home visits and number of hospital beds emptied, rather than their outcomes, i.e. how services really improved users' health and social participation following the interventions (Demers & Pelchat, 2013). Increasingly, such a restrictive measurement is known to have adverse effects on the quality of services (Ashcroft, 2014; Carrier et al., 2016). In our study, group-based interventions appeared to underperform since indicators reflected only the time devoted to such services and did not capture their invisible and indirect effects. Such miscalculations of the actual benefits of group practices were also a challenge in other settings, including in fee-for-service practices (Wong et al., 2015). Despite their negative impacts, performance indicators could be used as levers for changing policies, for example by raising awareness or building capacity and skills through mentoring and feedback (Levesque & Sutherland, 2017).

Incorporating the voices of non-academic partners showed us the value of merging the expertise of occupational therapists and service users with that of healthcare managers and community workers in two ways. On the one hand, a lack of engagement by rehabilitation professionals was reported in a previous study (Camden et al., 2015). On the other hand, vulnerable service users were reportedly rarely involved in participatory research studies (Charlebois, Loignon, Boudreault-Fournier, Dupéré, & Grabovschi, 2014). The engagement of both occupational therapists and service users was considered to be mutually beneficial in promoting each other's engagement. Our results showed that service users' lack of engagement in occupational therapy services was a potential obstacle to social participation interventions. Although influenced by communication and power sharing,

services users' engagement has the potential to create partnerships, apply the findings better and empower stakeholders (Camden et al., 2015). Furthermore, when initiated with community members and organizations, participatory research studies can have a greater impact on practices and organizations (Bush et al., 2017). Like other participatory studies (Jagosh et al., 2012), the present study raised awareness across the organization about the importance of social participation and had unexpected benefits, such as added resources for transportation and openness to group-based initiatives. Building on this favourable context, the next step in this study will be to document the engagement of stakeholders and identify the most effective knowledge translation strategies (Salsberg et al., 2015).

Implications for Practice, Policy, Education and Research

This study identified several areas for improvement and emphasized the importance of working with community members to achieve these aims. According to these results, community occupational therapists could integrate social participation interventions in their practice, for example, by critically analyzing their assessment tools and improving the evaluation of social activities. Recognizing older adults' right to social participation, healthcare managers and policymakers could develop performance indicators that measure associated services and expand their mission to include social participation. Community organizations and homecare settings could build partnerships and work together to reach more older adults. Researchers could engage with stakeholders to implement social participation interventions in community occupational therapy services and translate knowledge to decision-makers. Professors in university programs could acknowledge occupational therapists who provide such initiatives and involve them as role models, e.g. during internships. Finally, service users and caregivers should be assisted and encouraged to take part in research and remodel healthcare services.

Strengths and Limitations

This research contains rich and detailed findings concerning factors that influence practices fostering older adults' social participation, an essential step towards their implementation. Audiotaping and transcribing the interviews and giving detailed descriptions of the methods used ensure the dependability of the study (Laperrière, 1997). Moreover, the steering committee encompassed different professional, experiential and research backgrounds as well as being rooted in the community. One limitation of using the multi-level framework

(Chaudoir et al., 2013) was the restricted definitions provided for each category, which might have limited alternative interpretations. Openness to emerging themes and sub-themes was nevertheless ensured, as well as systematic and exhaustive data collection and analysis. Furthermore, the plurality of data sources achieved triangulation and supports credibility of the study (Laperrière, 1997). Consistent with a CBPR approach (Israel et al., 2012), homogeneous group meetings fostered empowerment and the inclusion of more disadvantaged informants, including older adults and caregivers; on the other hand, more heterogeneous groups might have produced a wider variety of ideas. As with other qualitative studies, the results are time- and context-sensitive and influenced by the researchers' experience and preconceptions. The researchers' position of power with respect to the participants (Townsend et al., 2003) was lessened by frequent team discussions, co-analysis, and the involvement of steering committee members and a community facilitator. Questions were subject to a social desirability bias, which was limited by providing a detailed explanation of the objectives and reassuring informants that there were no right or wrong answers. Another limitation of the study was having a single setting and a sample containing a majority of female participants. These limitations were minimized by in-depth descriptions of the informants' characteristics and contexts.

Conclusion

To meet the needs of aging populations, community occupational therapists need to change their practice to foster older adults' social participation. This study initiated a remodelling of community occupational therapy services to foster older adults' social participation and explored factors influencing their integration. With various stakeholders and a steering committee, a continuum of emerging interventions was identified, including personalized, group-based and community-based interventions. Potential enablers for integrating these practices included the engagement of service users and partnerships with community organizations. Systemic and organizational barriers, including performance indicators and institutional culture, restricted the integration of social participation interventions. Further participatory research studies should support these enablers and minimize these barriers to implement occupational therapy practices fostering older adults' social participation. The next step of this study will identify which knowledge translation strategies should be employed in this implementation. Finally, efforts should be made to modify performance

indicators to allow occupational therapists, healthcare providers and community organizations to work together to achieve healthy and active aging.

Key Messages

- Community occupational therapists could remodel their practice along a continuum including personalized, group-based and community-based interventions.
- Maximizing communication, user involvement and clinical support could enable these practices, while institutional culture and performance indicators should be modified.
- Efforts should be made to engage diverse community stakeholders in implementing emerging practices fostering older adults' social participation.

Acknowledgements

Thanks to the members of the steering committee and the employees of the Integrated Health and Social Services Centre for their help with recruitment and their participation in the interviews. The authors thank the older adults, their caregivers and community workers who gave their time and expressed their ideas regarding opportunities for social participation. At the moment of the study, Pier-Luc Turcotte was a *Fonds de la recherche du Québec - Santé* (FRQS; #31662) and a Canadian Occupational Therapy Foundation scholarship student, Professor Mélanie Levasseur was a FRQS Junior 1 Researcher (#26815) and Professor Annie Carrier was a Canadian Institutes for Health Research (CIHR; #359665) postdoctoral trainee. Mr. Turcotte is now a CIHR Fellowship doctoral student (#395876) and Prof. Levasseur is a CIHR New Investigator (#360880).

References

- Ashcroft, R. (2014). Inadequate performance measures affecting practices, organizations and outcomes of ontario's family health teams. *Healthcare Policy*, 10(1), 86-96.
- Bennett, S., Whitehead, M., Eames, S., Fleming, J., Low, S., & Caldwell, E. (2016). Building capacity for knowledge translation in occupational therapy: Learning through participatory action research. *BMC Medical Education*, 16, 257. doi:10.1186/s12909-016-0771-5
- Bush, P. L., Pluye, P., Loignon, C., Granikov, V., Wright, M. T., Pelletier, J.-F., . . . Repchinsky, C. (2017). Organizational participatory research: A systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them. *Implementation Science*, 12(1), 119. doi:10.1186/s13012-017-0648-y
- Camden, C., Shikako-Thomas, K., Nguyen, T., Graham, E., Thomas, A., Sprung, J., . . . Russell, D. J. (2015). Engaging stakeholders in rehabilitation research: A scoping review of strategies used in partnerships and evaluation of impacts. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1390-1400. doi:10.3109/09638288.2014.963705
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2016). *CAOT Position Statement: Occupational therapy and home and community care*. Retrieved on April 25, 2018 from: <https://www.caot.ca/document/3706/O%20-%20OT%20and%20Home%20&%20Community%20Care.pdf>
- Canadian Homelessness Research Network. (2013). *What works and for whom? A hierarchy of evidence for promises practices research*. Toronto, Canada. Retrieved on April 25, 2018 from <http://homelesshub.ca/resource/what-works-and-whom-framework-promising-practices>
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. [Impact of accountability and performance optimization on the choice of occupational therapy interventions]. *Santé Publique*, 28(6), 780. doi:10.3917/spub.166.0769
- Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., & Desrosiers, J. (2015). Standardized referral form: Restricting client-centered practice? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 283-292. doi:10.3109/11038128.2015.1019922
- Charlebois, K., Loignon, C., Boudreault-Fournier, A., Dupéré, S., & Grabovschi, C. (2014). L'implication des personnes vulnérables dans la recherche participative en soins primaires : une revue de la littérature. *Global Health Promotion*, 21(3), 38-45. doi:10.1177/1757975913517123
- Chaudoir, S., Dugan, A., & Barr, C. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(22), 1-20. doi:10.1186/1748-5908-8-22
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., . . . Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790. doi:10.1136/jech.2009.099754
- Clément, A.-P., Djilas, D., Vinet, T., Aubin, A., Demers, K., & Levasseur, M. (2017). Identification and feasibility of social participation initiatives reducing isolation and

- involving rural older Canadians in the development of their community. *Aging Clinical and Experimental Research*. doi:10.1007/s40520-017-0849-x
- Cockburn, L., & Trentham, B. (2002). Participatory action research: Integrating community occupational therapy and research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 20-30. doi:10.1177/000841740206900102
- Craig, D. G. (2012). Current occupational therapy publications in home health: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 338-347. doi:10.5014/ajot.2012.003566
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and community-based occupational therapy improves functioning in frail older people: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(8), 1863-1869. doi:10.1111/jgs.14889
- Demers, L., & Pelchat, Y. (2013). Mésestimée et méconnue, la contribution des services de soutien à domicile au vieillir chez soi [Underestimated and misunderstood, the contribution of homecare services to aging in place]. *Canadian Review of Social Policy/Revue canadienne de politique sociale*, 68-69, 39-54.
- Farmer, J., Carlisle, K., Dickson-Swift, V., Teasdale, S., Kenny, A., Taylor, J., . . . Gussy, M. (2018). Applying social innovation theory to examine how community co-designed health services develop: Using a case study approach and mixed methods. *BMC Health Services Research*, 18, 68. doi:10.1186/s12913-018-2852-0
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap [The tightrope walker, wire and canvas. Reciprocal transformations of the meaning of disability]*: Presses de l'Université Laval.
- Fox, J., & Quinn, S. (2012). The meaning of social activism to older adults in Ireland. *Journal of Occupational Science*, 19(4), 358-370. doi:10.1080/14427591.2012.701179
- Gerlach, A. J., Teachman, G., Laliberte-Rudman, D., Aldrich, R. M., & Huot, S. (2018). Expanding beyond individualism: Engaging critical perspectives on occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 35-43. doi:10.1080/11038128.2017.1327616
- Gewurtz, R. E., Moll, S. E., Letts, L. J., Larivière, N., Levasseur, M., & Krupa, T. M. (2016). What you do every day matters: A new direction for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 107(2), 4. doi:10.17269/cjph.107.5317
- Graff, M., Adang, E., Vernooij-Dassen, M., Dekker, J., Jonsson, L., Thijssen, M., . . . Olde Rikkert, M. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers: Cost-effectiveness study. *British Medical Journal*, 336, 134-138. doi:10.1136/bmj.39408.481898.BE
- Hammell, K. W. (2009). Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational "categories". *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 107-114. doi:10.1177/000841740907600208
- Hammell, K. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration: Appartenance, occupation et bien-être humain : Une étude exploratoire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39-50. doi:10.1177/0008417413520489
- Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie [Theories stemming from day-to-day practice of community occupational therapy]. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 31-39.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. doi:10.1177/1745691614568352
- Hyett, N., Kenny, A., & Dickson-Swift, V. (2018). Re-imagining occupational therapy clients as communities: Presenting the community-centred practice framework. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-15. doi:10.1080/11038128.2017.1423374
- Israel, B., Eng, E., Schulz, A., & Parker, E. (2012). *Methods in community-based participatory research for health*. In OpenURL (Ed.), (2nd edition ed.). San Francisco: Jossey-Bass,.
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J. O. N., Bush, P. L., Henderson, J. I. M., . . . Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Singapore Heidelberg New York Dordrecht London: Springer.
- Kimberlee, R. (2016). What is the value of social prescribing? *Advances in Social Sciences Research Journal*, 3(3), 29-35. doi:10.14738/assrj.33.1889
- Laliberte Rudman, D. (2005). Understanding political influences on occupational possibilities: An analysis of newspaper constructions of retirement. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 149-160. doi:10.1080/14427591.2005.9686558
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M., & Haggerty, J. (2011). Availability of healthcare resources, positive ratings of the care experience and extent of service use: An unexpected relationship. *Healthcare Policy*, 6(3), 46-56.
- Laperrière, A. (1997). *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives*. In: *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (Vol. Morin, G.). Montréal, Québec.
- Lauckner, H. M., Krupa, T. M., & Paterson, M. L. (2011). Conceptualizing community development: Occupational therapy practice at the intersection of health services and community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 260-268. doi:10.2182/cjot.2011.78.4.8
- Leclair, L. L. (2010). Re-examining concepts of occupation and occupation-based models: Occupational therapy and community development. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 15-21. doi:10.2182/cjot.2010.77.1.3
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective quality-of-life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(10), 830-841. doi:10.1097/PHM.0b013e318186b5bd
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Levesque, J.-F., & Sutherland, K. (2017). What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *BMJ Open*, 7(8). doi:10.1136/bmjopen-2016-014825

- Margolis, E., & Pauwels, L. (2011). *The SAGE Handbook of Visual Research Methods*. Retrieved on April 25, 2018 from <http://methods.sagepub.com/book/sage-hdbk-visual-research-methods>. doi:10.4135/9781446268278
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldana, L. (2014). *Analyse des données qualitatives, 3rd ed.*. Paris: De Broeck.
- Newall, N., McArthur, J., & Menec, V. H. (2015). A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *Journal of Aging and Health, 27*(3), 500-518. doi:10.1177/0898264314552420
- Ramsey, R. (2007). *The professional expertise of community-practicing occupational therapists*. (Doctoral studies), University of San Francisco, San Francisco. (3263728)
- Raymond, M.-H., Feldman, D., Prud'homme, M.-P., Demers, L., Hunt, L. A., Bissett, M., & Slater, C. E. (2013). Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 20*(12), 580-588. doi:10.12968/ijtr.2013.20.12.580
- Reed, K., & Hocking, C. (2013). Re-visioning practice through action research. *Australian Occupational Therapy Journal, 60*(3), 181-188. doi:10.1111/1440-1630.12033
- Salsberg, J., Parry, D., Pluye, P., Macridis, S., Herbert, C., & Macaulay, A. (2015). Successful strategies to engage research partners for translating evidence into action in community health: A critical review. *Journal of Environmental and Public Health, 15* pages. doi:10.1155/2015/191856
- Townsend, E., Langille, L., & Ripley, D. (2003). Professional tensions in client-centered practice: Using institutional ethnography to generate understanding and transformation. *American Journal of Occupational Therapy, 57*(1), 17-28. doi:10.5014/ajot.57.1.17
- Trentham, B., & Cockburn, L. (2011). Promoting occupational therapy in a community health centre. In M. Thew, M. Edwards, S. Baptiste, & M. Molineux (Eds.), *Role Emerging Occupational Therapy: Maximising Occupation-Focused Practice*. (pp. 97-110). Oxford: Blackwell Wiley.
- Trentham, B., Cockburn, L., & Shin, J. (2007). Health promotion and community development: An application of occupational therapy in primary health care. *Canadian Journal of Community Mental Health, 26*(2), 53-70. doi:10.7870/cjcmh-2007-0028
- Trentham, B., & Neysmith, S. (2017). Exercising senior citizenship in an ageist society through participatory action research: A critical occupational perspective. *Journal of Occupational Science*. doi:10.1080/14427591.2017.1402809
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2007). *A portrait of seniors in Canada 2006*. Ottawa: Statistics Canada.
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., & Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal, 62*(1), 56-67. doi:10.1111/1440-1630.12174
- Turcotte, P.-L., Larivière, N., Desrosiers, J., Voyer, P., Champoux, N., Carbonneau, H., . . . Levasseur, M. (2015). Participation needs of older adults having disabilities and receiving home care: Met needs mainly concern daily activities, while unmet needs

- mostly involve social activities. *BMC Geriatrics*, 15(1), 95. doi:10.1186/s12877-015-0077-1
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. doi:10.1136/heartjnl-2015-308790
- Wilding, C. (2011). Raising awareness of hegemony in occupational therapy: The value of action research for improving practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 293-299. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00910.x
- Wong, S. T., Browne, A., Lavoie, J., Macleod, M. L. P., Chongo, M., & Ulrich, C. (2015). Incorporating group medical visits into primary healthcare: Are there benefits? *Healthcare Policy*, 11(2), 27-42.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Madrid, Spain.
- Zakrajsek, A. G., Schuster, E., Guenther, D., & Lorenz, K. (2013). Exploring older adult care transitions from hospital to home: A participatory action research project. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 31(4), 328-344. doi:10.3109/02703181.2013.825362
- Zingmark, M., Nilsson, I., Fisher, A. G., & Lindholm, L. (2016). Occupation-focused health promotion for well older people — A cost-effectiveness analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 153-162. doi:10.1177/0308022615609623

6.2 Résultats complémentaires à l'article

Complémentaire aux résultats de la section précédente, cette section présente les résultats relatifs à l'objectif 3 de la présente recherche, à savoir identifier les leviers d'action à déployer pour intégrer les pratiques ergothérapeutiques favorisant la participation sociale des aînés. La méthode utilisée pour atteindre cet objectif a été décrite au chapitre précédent. En plus des résultats liés à l'objectif 3, la présente section décrira également les retombées inattendues ayant découlé de la RAP, telles que rapportées par les informateurs clés. Le type d'informateur, soit ergothérapeute (E), aîné (A), proche (P), intervenant communautaire (C) ou informateur clé secondaire (S), est identifié entre parenthèses.

6.2.1 Leviers d'action à déployer

Plusieurs leviers d'action ont été identifiés, certains ayant été mis en action lors de la recherche. Ces leviers sont présentés selon les niveaux de Chaudoir et collaborateurs (2013) en distinguant ceux qui ont été déployés durant la recherche (éléments en gras dans le tableau 6) de ceux qui doivent encore l'être. Les leviers d'action identifiés touchent tous les niveaux d'influence, en particulier ceux de l'organisation et du système, et dans une moindre mesure, les usagers, les ergothérapeutes et les pratiques émergentes.

En lien avec les pratiques émergentes, les informateurs ont rapporté la nécessité de mieux évaluer les besoins de participation sociale, d'inclure ces besoins dans les plans d'intervention puis de faire des expériences et des essais (Tableau 6). Comme mentionné par une coordonnatrice clinique, un des leviers serait de bonifier les outils utilisés pour mieux comprendre les besoins de participation sociale : « *[Il faut] développer davantage l'évaluation des activités sociales et évaluer les capacités et limites de l'utilisateur afin de permettre un jumelage avec l'activité envisagée.* » (S5). Comme les ergothérapeutes rapportent avoir tendance, dans le contexte actuel, à mettre de côté la participation sociale, les participants ont suggéré d'inclure des objectifs d'intervention en lien avec la réalisation d'activités sociales et de loisirs dans les plans utilisés par l'ensemble de l'équipe du SAD. Ces plans pourraient inclure des rappels pour les intervenants pivots. Enfin, la possibilité de faire des essais pour intégrer des interventions visant à favoriser la participation sociale des aînés a été reconnue comme un levier pour les ergothérapeutes : « *Ça peut être expérimental [...] justement pour essayer d'implanter [des interventions de participation sociale] et assurer la pérennité de ce qu'on veut faire.* » (S1).

Tableau 6

Leviers d’actions à déployer pour intégrer des pratiques de participation sociale

Niveau d’influence§	Levier d’action
Pratiques émergentes	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux évaluer les besoins de participation sociale • Inclure la participation sociale dans les plans d’intervention • Faire des expériences et des essais
Ergothérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître leur rôle • Créer des liens avec la communauté • Participer à la recherche
Usagers	<p><i>Aînés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exprimer ses besoins de services • Participer à l’organisation des pratiques <p><i>Proches aidants</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner l’aîné • Encourager l’aîné à participer
Organisation	<p><i>Milieu du soutien à domicile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Étendre son mandat à la participation sociale • Favoriser les partenariats • Sensibiliser la direction et les collègues <p><i>Milieu communautaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rejoindre les aînés dans la communauté • Fournir des services de proximité pour favoriser la participation sociale
Système	<p><i>Réseau de la santé et des services sociaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifier les indicateurs de performance • Prioriser la participation sociale • Impliquer les citoyens <p><i>Milieu académique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les décideurs • Évaluer l’effet de la participation sociale • Offrir des formations

Légende : *Gras* : levier ayant été déployé ; (*non-gras*) : levier devant être déployé ; §Les leviers d’actions sont organisés selon les niveaux d’influence du modèle de Chaudoir et collaborateurs (2013).

Les leviers d’action qui concernent les ergothérapeutes incluent la possibilité de faire connaître leur rôle en lien avec la participation sociale, de créer des liens avec la communauté et de participer à la recherche en lien avec leur pratique (Tableau 6). Les participants ont d’abord mentionné la nécessité pour les ergothérapeutes de faire connaître leur rôle : « *On a une responsabilité de ne pas lâcher un mouvement où on se fait reconnaître et où on fait reconnaître l’importance de ce qu’on recommande.* » (E). De plus, ce levier soutient

l'importance de créer des liens avec la communauté pour soutenir l'ergothérapeute qui veut favoriser la participation sociale, tel que rapporté par une intervenante communautaire en lien avec les préjugés envers les aînés ayant des incapacités : « *Avoir la chance de travailler en équipe [avec l'ergothérapeute]. [...] Si elle me l'explique, je peux comprendre et le vulgariser aux autres pour qu'ils soient plus tolérants envers la personne.* » (C). La présente recherche aurait contribué à amorcer le déploiement d'un troisième levier d'action, soit de participer à la recherche en lien avec leur pratique, ce qui aurait permis aux ergothérapeutes de faire connaître leur rôle.

Les leviers d'action relatifs aux usagers sont présentés en deux volets : d'abord ceux concernant les aînés puis ceux liés aux proches aidants. Pour les aînés, les informateurs ont suggéré que ceux-ci doivent exprimer leurs besoins en matière de services pour favoriser leur participation sociale et participer à l'organisation de ces pratiques, tandis que les proches devraient accompagner l'aîné et l'encourager à participer (Tableau 6). Tel qu'amorcé par la recherche, les participants ont reconnu que les aînés doivent en premier lieu exprimer leurs besoins par rapport aux pratiques qui peuvent favoriser leur participation sociale : « *Il ne faut pas avoir peur. Quand tu es avec l'ergothérapeute, il faut lui en parler ; si tu ne lui parles pas, elle ne peut pas savoir ce dont tu as besoin.* » (A). Quant aux proches aidants, ils peuvent à la fois encourager l'aîné à participer à ces pratiques, ce que les intervenants trouvent parfois difficulté à faire. Les proches aidants peuvent aussi accompagner l'aîné aux services offerts. Comme le mentionne un coordonnateur clinique : « *[Les proches aidants] ont des bons liens, souvent, ils ont plus d'influence que nous autres. Donc c'est d'encourager à avoir une meilleure participation sociale, puis les accompagner aussi, sur place.* » (S3).

En lien avec l'organisation, les leviers d'action se déclinent sous deux formes, soit le mandat du SAD et celui des organismes communautaires. D'abord, pour le SAD, son mandat pourrait s'étendre à la promotion de la participation sociale, à favoriser des partenariats entre les ergothérapeutes et le milieu communautaire et à sensibiliser les membres de la direction et les collègues (Tableau 6). En effet, certains participants ont reconnu la nécessité pour le SAD d'avoir un mandat élargi qui inclurait la participation sociale, au-delà de la compensation des incapacités : « *La participation sociale doit d'abord être une position de l'organisation et que le département change ses pratiques, mais je ne pense pas qu'un ergothérapeute puisse faire ce boulot-là seul, ça prend un leadership affirmé.* » (S6).

Ensuite, pour le mandat du milieu communautaire, les leviers concernent à la possibilité de rejoindre les aînés dans la communauté et de fournir des services de proximité (Tableau 6). Ainsi, étant mieux connectées aux besoins des aînés, les ressources à proximité du milieu communautaire (installations, bénévoles, intervenants) peuvent être un levier pour aider l'ergothérapeute à favoriser la participation sociale, tel que rapporté par une intervenante communautaire : *« On essaye de se déplacer. Parce que ce n'est pas toujours évident de rejoindre les gens. On parle de gens qui ont une mobilité réduite. On est en train de faire un sondage pour savoir quels sont leurs besoins. »* (C).

Par rapport au système, les leviers d'action rapportés incluent le rôle du réseau de la santé et des services sociaux et celui du milieu académique. En lien avec le réseau de la santé, les participants ont souligné la nécessité de modifier les indicateurs de performance, de prioriser la participation sociale dans le financement des ressources du milieu communautaire et d'impliquer les citoyens dans les décisions du système (Tableau 6). Reconnus comme étant un obstacle potentiel à l'intégration des pratiques de participation sociale, les indicateurs de performance devraient être modifiés pour reconnaître les bienfaits de ces pratiques, notamment les interventions de groupe, tel que suggéré par une décideuse organisationnelle : *« Ça demanderait une révision en profondeur du système statistique pour que celui qui fait du groupe, qui rejoint plus de clients à la fois, soit une plus-value pour le système de santé et non une dévaluation. »* (S2). En modifiant les indicateurs de performance pour tenir compte de la participation sociale, il serait également possible d'en faire une priorité d'intervention au SAD. Les participants ont aussi souligné l'importance d'impliquer les citoyens qui sont des parties prenantes essentielles du système, comme le rapporte un organisateur communautaire : *« Le système de santé, ce n'est pas à part de toi, t'en est partie prenante. Oui, tu es un patient parce que tu as des problèmes de santé, mais tu es aussi un citoyen à part entière, tu peux t'impliquer. »* (S6). Par rapport au milieu académique, les leviers d'action identifiés étaient de sensibiliser les décideurs et d'évaluer les effets préventifs de la participation sociale, en plus d'offrir des formations aux professionnels (Tableau 6). Tel que mentionné par un décideur organisationnel : *« Ça serait intéressant que le ministère soit au courant [des avantages liés aux] interventions de groupe. S'il rencontre vingt personnes, ton intervenant n'a pas à aller cogner à vingt portes, y'en a vingt à portée de main en une seule intervention. »* (S7). Finalement, en plus de contribuer par la recherche,

le milieu académique devrait offrir des formations aux professionnels en lien avec les moyens d'intégrer les interventions de participation sociale. En somme, les informateurs ont identifié différents leviers d'action, dont certains ont été déployés lors de la recherche (Tableau 6) et ont déjà permis d'observer certaines retombées inattendues.

6.2.2 Retombées inattendues

Comme c'est souvent le cas en recherche participative, la présente recherche a généré des retombées inattendues. Ces retombées ont été soit rapportées par les informateurs, soit observées par l'étudiant-chercheur lors des entretiens. Les retombées inattendues incluent l'occasion de marquer le renouveau de même que la possibilité de travailler ensemble, de s'exprimer, de se sentir mieux et d'influencer son milieu (Tableau 7).

Tableau 7

Retombées inattendues découlant de la présente recherche

-
- **Marquer le renouveau** : la recherche aurait permis aux informateurs de prendre conscience des lacunes par rapport à leur pratique courante, de raviver la flamme en lien avec les pratiques souhaitées et de recréer le lien avec le milieu communautaire
 - **Travailler ensemble** : la recherche aurait permis aux informateurs de créer une synergie de groupe et de se regrouper dans la créativité pour identifier des solutions aux défis de leurs pratiques courantes
 - **S'exprimer** : la recherche aurait permis aux informateurs regroupés de parler le même langage et de donner une voix aux aînés et à leurs proches
 - **Se sentir mieux** : la recherche aurait permis aux informateurs d'avoir un espoir de changement en lien avec les pratiques courantes, de se sentir plus calmes à la suite de leur participation et de rêver à de meilleures pratiques
 - **Influencer son milieu** : la recherche aurait permis aux informateurs d'utiliser les résultats pour revendiquer en faveur de services qui favorisent la participation sociale ainsi que d'apprendre des idées des autres pour améliorer les pratiques
-

Les informateurs ont d'abord décrit l'occasion qu'offre la recherche de marquer le renouveau en lien avec la participation sociale, incluant une prise de conscience de leur part, la possibilité de raviver la flamme et celle de recréer un lien avec le milieu communautaire (Tableau 7). En ce sens, la recherche aurait permis une prise de conscience des lacunes en lien avec les pratiques actuelles, comme le souligne une ergothérapeute en lien avec ses évaluations : « *Je pense que, comme individus, ramener la participation sociale au centre de notre pratique et juste arrêter de dire : "Satisfaisant" [lorsqu'on évalue nos clients en lien*

avec leurs activités]. On a fait une belle prise de conscience pour dire qu'on a vraiment notre part là-dedans. » (E). Ensuite, puisqu'elle répond à un besoin des ergothérapeutes dans leur pratique, cette recherche aurait permis de raviver la flamme, une situation qui pourrait avoir des avantages, tels que rapportés ici : « On a besoin de raviver la flamme. C'est ça que ça fait, des projets comme ça. Quand tu nourris ce qui te passionne, tout est mieux, et ils sauveraient en maladie et assurance salaire. » (E). Enfin, une telle recherche serait aussi un moyen de recréer des liens avec le milieu communautaire, tel que suggéré par une ergothérapeute : « Est-ce qu'on peut faire un revirement avec un projet comme ça? En tout cas, on peut amener à réfléchir qu'il y a du monde au bout de tout ça qui attend - la perche est loin, mais elle est là. Pour moi, cette recherche-là peut amener ça. » (E).

La recherche aurait également permis d'avoir comme retombée inattendue d'aider les informateurs à travailler ensemble, notamment en créant une synergie de groupe et en se regroupant dans la créativité (Tableau 7). En premier lieu, la participation à la recherche aurait aidé les partenaires à mieux se connaître et à constater leur complémentarité : « Je trouvais ça intéressant d'entendre les points de vue des gens qui travaillent tous avec les aînés. Même si on a une méconnaissance [des uns et des autres], on sait qu'on pourrait travailler ensemble. » (C). En second lieu, le projet aurait amené les participants à se regrouper dans la créativité, comme le souligne une intervenante communautaire : « Quand je rencontre des gens comme vous avec plein d'idées, ça me fait du bien de voir qu'on peut continuer à être créatifs pour trouver des solutions à nos problèmes. » (C).

Les entretiens auraient stimulé la possibilité pour les informateurs de s'exprimer, incluant de parler le même langage et de donner une voix aux usagers (Tableau 7). D'abord, le fait que les entretiens aient été menés en petits groupes homogènes avec des participants ayant des caractéristiques similaires aurait facilité les échanges et la possibilité de s'exprimer avec un langage commun, tel que le soulignait une proche aidante : « Je pense que le fait qu'on n'était pas beaucoup... Ça a aidé, on a eu la chance de s'exprimer plus. Vous nous avez laissés exprimer comment on se sentait. » (P). Ensuite, l'inclusion d'usagers dans le processus aurait un poids plus grand selon une ergothérapeute : « [Le fait] que les personnes âgées aient une voix pour dire s'ils sont satisfaits de leur participation sociale. Je pense que cette voix-là est plus écoutée que notre voix à nous. » (E). Ainsi, pour donner plus de voix

aux usagers, un décideur organisationnel suggérait : « *Est-ce que ça serait bien d'avoir un forum citoyen des aînés [...] qui pourrait recevoir ces demandes-là?* » (S7).

Étant en soi une expérience de participation sociale, la recherche aurait mené certains participants à se sentir mieux et à repartir avec un espoir de changement, notamment en se sentant plus calmes et en rêvant à de meilleures pratiques (Tableau 7). D'ailleurs, à la fin d'un entretien de groupe, une intervenante communautaire mentionnait : « *Moi, je sors et je suis comme ouh... On a espoir. Ça me donne un espoir. Ça fait du bien de se rencontrer.* » (C). Ayant pu exprimer leurs préoccupations, certains participants se sentaient plus calmes et soulevaient la possibilité de reproduire cette expérience plus souvent : « *J'ai pas mal fait le tour. Je me sens calme. Ça a bien été. Va-t-il y en avoir un autre la semaine prochaine? On est un bon petit groupe... on était bien ensemble.* » (P). D'autres ont aussi souligné la possibilité de rêver à de meilleures pratiques, mais insistent pour que celles-ci se concrétisent : « *On fait de la recherche, mais est-ce qu'on fait juste rêver? J'aimerais que ça devienne une réalité. Moi je dis que si on se regroupe et qu'on rejoint nos besoins, ça va donner une possibilité.* » (C).

Enfin, les participants ont reconnu que l'expérience leur avait donné l'occasion d'influencer leur milieu, d'abord, à même la recherche, en apprenant des idées des autres et, ensuite, en utilisant les résultats pour revendiquer pour des services (Tableau 7). Les entretiens de groupes ont notamment permis d'échanger des idées et des ressources, ce qui a mené certains aînés et proches aidants à contacter leur intervenant en lien avec des services auxquels ils avaient droit. De plus, comme l'étude se déroulait dans une communauté locale, les participants estiment qu'ils pourront utiliser les résultats pour revendiquer des services en lien avec la participation sociale et qu'il y aura une ouverture plus grande auprès des décideurs. Ainsi, selon une ergothérapeute : « *Si je propose un projet, avec l'étude que vous faites en ce moment, ça me donne un petit coup de pouce pour avoir une acceptation en haut.* » (E). En bref, par effet d'entraînement, cette recherche aura eu des retombées diversifiées, autant pour les ergothérapeutes que pour les usagers et les membres du milieu communautaire, qui ont pris conscience de l'importance de la participation sociale.

6.3 Synthèse du chapitre des résultats

Les pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser la participation sociale des aînés ont été réunies selon un continuum, incluant les interventions individuelles, de groupe et communautaires. L'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes au SAD pourrait être influencée par des facilitateurs relatifs aux pratiques émergentes, aux ergothérapeutes et aux usagers. En revanche, les obstacles liés à l'organisation, tels qu'une culture institutionnelle contradictoire, et au système, tels que les indicateurs de performance, sont des freins potentiels. Les leviers d'action à déployer pour intégrer les pratiques ergothérapeutiques favorisant la participation sociale touchent tous les niveaux d'influence, incluant d'abord l'organisation et le système, mais aussi l'ergothérapeute, les usagers et les pratiques émergentes (Tableau 6). Différentes retombées inattendues découlant de la présente recherche ont également été observées (Tableau 7). La recherche aurait notamment permis aux ergothérapeutes et aux usagers d'exprimer leurs points de vue et de bâtir un espoir de changement, mais aussi de recréer un lien avec le milieu communautaire, ayant un impact sur l'organisation et les pratiques. En somme, ces leviers et ces retombées illustrent l'aspect évolutif et dynamique de cette forme de recherche et donneront lieu au prochain cycle.

Ainsi, il est possible de reconnaître que les points de vue des différents informateurs ont convergé à certains moments puis se sont complétés à d'autres. D'une part, les propos des informateurs ont convergé quant aux pratiques émergentes ainsi qu'aux obstacles organisationnels et systémiques qui influencent l'intégration de ces pratiques souhaitées. D'autre part, les points de vue d'intervenants communautaires et d'informateurs clés secondaires ont permis de reconnaître la nécessité pour les ergothérapeutes de s'entourer d'alliés pour favoriser la participation sociale, sans nécessairement être impliqués à toutes les étapes. De même, la complémentarité des perspectives des proches aidants et des aînés a permis de reconnaître le juste équilibre à atteindre dans l'aide à offrir aux aînés, en plus du soutien aux proches aidants en vue de prévenir leur épuisement. En bref, ce chapitre complète la présentation des résultats qui seront discutés au chapitre suivant.

CHAPITRE 7

DISCUSSION

La discussion est présentée en trois volets. Tout d'abord, les résultats sont discutés en perspective avec les écrits scientifiques portant sur les pratiques ergothérapeutiques prometteuses favorisant la participation sociale des aînés. Ensuite, les forces et les limites de l'étude sont soulignées. Enfin, les retombées de l'étude, incluant des recommandations pour la recherche, terminent ce chapitre.

7.1 Discussion des résultats

L'objectif de cette étude était de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD en vue de favoriser davantage la participation sociale des aînés. La présente section se divise en deux parties qui permettront de discuter les résultats de façon intégrée et en lien avec les écrits scientifiques. Les résultats relatifs aux pratiques ergothérapeutiques favorisant la participation sociale des aînés (objectif 1) sont tout d'abord discutés, suivis de ceux en lien avec les facteurs pouvant influencer leur intégration au SAD (objectif 2) et, plus spécifiquement, les leviers d'actions à déployer pour intégrer ces pratiques (objectif 3).

7.1.1 Continuum d'interventions ergothérapeutiques en milieu communautaire

Le premier objectif de cette recherche était d'identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser la participation sociale des aînés. Cette sous-section de la discussion s'attarde premièrement aux pratiques souhaitées et à leur écart avec les pratiques courantes, pour ensuite s'intéresser plus spécifiquement aux pratiques souhaitées illustrées par le continuum d'interventions émergentes.

7.1.1.1 Pratiques souhaitées versus pratiques courantes

Les résultats de cette étude permettent d'abord d'identifier les pratiques souhaitées des ergothérapeutes au SAD en lien avec la participation sociale des aînés, de façon à pouvoir ensuite les comparer avec leurs pratiques courantes. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à pouvoir identifier les pratiques souhaitées des ergothérapeutes, incluant celles favorisant la participation sociale des aînés, et mettre en évidence les écarts avec ce qui est connu de leur pratique courante au SAD. De tels écarts existent aussi selon d'autres études en lien avec la pratique des ergothérapeutes, mais menées dans d'autres contextes de

pratiques (Clark, Park, et Burke, 2013; Kielhofner, 2005) de même qu'en contexte de SAD (Craig, 2012). Les résultats soulignent également le besoin des ergothérapeutes d'intégrer ces pratiques au SAD, la participation sociale faisant partie intégrante de leur expertise (Townsend et coll., 2013), bien que non exclusive. Même si elle ne faisait pas partie des objectifs de la présente étude, la reconnaissance de ces écarts est importante puisqu'il s'agit d'une première étape essentielle à l'intégration des pratiques souhaitées (Clark et coll., 2013). Puisque l'étude visait à identifier les pratiques souhaitées par les ergothérapeutes à partir de la pratique courante, il a donc été possible d'identifier ces écarts et de les mettre en relation avec ceux des écrits recensés (Turcotte et coll., 2018). Ainsi, les pratiques souhaitées et les écarts avec les pratiques courantes seront donc d'abord exposés, suivis des facteurs explicatifs de ces écarts et de leurs répercussions sur les ergothérapeutes.

Les résultats soulèvent d'abord des écarts entre les pratiques souhaitées et courantes des ergothérapeutes au SAD, notamment concernant certaines pratiques individuelles, les pratiques de groupes et le développement des communautés. D'abord, la pratique courante est décrite comme restreinte aux besoins de base, incluant un nombre limité d'interventions favorisant la participation sociale. Ainsi, des écarts existent en lien avec les pratiques souhaitées, dont l'accompagnement personnalisé vers les ressources offrant des activités. Parmi les autres écarts soulevés, les résultats ont ensuite décrit des pratiques souhaitées qui consistent à animer des interventions de groupe. À ce jour, cette pratique avait été peu décrite dans les autres études portant sur la pratique courante des ergothérapeutes au SAD (Craig, 2012) et, à notre connaissance, aucun autre milieu de SAD au Québec n'offre de telles pratiques. Cette possibilité nécessite donc d'être explorée davantage. Enfin, la présente étude a identifié des écarts par rapport aux pratiques de développement des communautés. Deux études portant sur la pratique courante des ergothérapeutes avaient décrit de telles pratiques, mais leur conclusion soulevait la nécessité que cette pratique soit davantage développée (Ramsey, 2007; Trentham et coll., 2007). Puisque les pratiques décrites dans ces deux études n'étaient pas toujours liées à la participation sociale des aînés, les résultats obtenus dans la présente étude permettent de mieux comprendre un tel écart avec les pratiques souhaitées.

Cette étude permet également d'offrir un éclairage quant aux facteurs pouvant expliquer les écarts entre les pratiques souhaitées et les pratiques courantes. En ce qui a trait

aux pratiques individuelles, le temps disponible pour réaliser ces interventions serait limité, notamment par des contraintes organisationnelles (pression pour réduire la durée des visites à domicile ou lourdeur administrative). Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans l'étude de Hébert et collaborateurs (2002) qui décrivait un contexte de pratique d'urgence chez les ergothérapeutes québécois œuvrant au SAD. Dans un tel contexte, il est possible que les ergothérapeutes soient portés à restreindre leur champ de pratique pour intervenir prioritairement sur les besoins urgents et de base, et qu'ils doivent laisser de côté certains autres besoins moins urgents, mais importants, dont la participation sociale. Concernant les interventions de groupe et communautaires, les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont rapporté avoir rencontré des difficultés lors de la réalisation de ces pratiques souhaitées. Les raisons citées pour expliquer ces difficultés sont notamment liées à la priorité accordée aux interventions individuelles par rapport aux interventions de groupe et à la perception qu'il n'est pas du rôle de l'ergothérapeute d'offrir ces interventions ou que ce rôle ne s'inscrit pas dans le mandat du SAD. Les autres études portant sur la pratique courante des ergothérapeutes au SAD corroborent ces défis qui contribueraient à limiter leur champ d'exercice (Quick et coll., 2010; Turcotte, Carrier, et coll., 2015).

D'autres éléments peuvent également interférer sur les pratiques courantes des ergothérapeutes au SAD et expliquer cet écart avec les pratiques souhaitées. Les mécanismes de priorisation des demandes utilisés au SAD, qui ont pour objectif de distinguer les besoins urgents et des besoins non urgents, sont notamment soulignés dans la présente étude. De manière générale, la participation sociale semble se retrouver au dernier rang de priorité, parfois même complètement évacuée de la grille de priorisation (Raymond et coll., 2013), ce qui est révélateur de l'importance accordée à cette cible d'intervention. Une telle façon de prioriser les demandes en ergothérapie au SAD pourrait expliquer l'écart entre les pratiques courantes et les pratiques souhaitées. Puisque la façon de prioriser les demandes émane d'un contexte plus large et de pressions externes, telles que de retourner rapidement les personnes à domicile à la suite d'une hospitalisation (Carrier, Levasseur, et Mullins, 2010), une remise en question de ces critères pourrait être nécessaire. Une telle remise en question pourrait contribuer à réduire l'écart entre les pratiques souhaitées et les pratiques courantes des ergothérapeutes au SAD.

La difficulté à réaliser les pratiques souhaitées telle que rapportée par les ergothérapeutes soulève des questions quant aux aspects affectifs sous-jacents à ces pratiques et à l'importance d'accomplir des rôles professionnels qui ont un sens en tant qu'individus au sein d'une profession. À cet effet, la notion de production de sens, telle que décrite par Weick (1995), pourrait éclairer cet enjeu professionnel, notamment dans le contexte d'un changement de pratiques. Lorsqu'appliquée aux pratiques professionnelles, la production de sens permet aux professionnels de se développer et d'acquérir un contrôle sur leurs pratiques, notamment par les interactions avec d'autres acteurs du système (Sylvain et Lamothe, 2012). Il s'agit ainsi d'un processus social qui permet aux individus interagissant entre eux de construire ou reconstruire la signification d'un espace commun, ici une pratique professionnelle, pour interpréter collectivement le monde dans lequel ils évoluent. Comme mentionné par certains ergothérapeutes de la présente étude, la possibilité de favoriser la participation sociale serait signifiante, voire même valorisante. Le sens accordé à leur pratique pourrait éventuellement affecter l'intégration des pratiques souhaitées et devrait être pris en compte (Morin, 2008; Sylvain et Lamothe, 2012). Pour ce faire, les moyens suggérés pour prendre en compte le sens des pratiques souhaitées incluent à la fois de donner des orientations claires et des objectifs stimulants, mais aussi de laisser une marge de manœuvre aux professionnels et la possibilité d'exercer leur raisonnement clinique afin d'influencer leur milieu (Morin, 2008).

7.1.1.2 Pratiques souhaitées pour favoriser la participation sociale des aînés

Afin de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD, cette étude a également permis d'organiser les pratiques souhaitées selon un continuum d'interventions émergentes. Le continuum identifié dans cette recherche comprend un ensemble d'interventions individuelles, de groupe et communautaires. Ces résultats corroborent ceux d'autres études (Gerlach et coll., 2018; Hammell, 2009) qui avaient suggéré de repenser la pratique des ergothérapeutes afin de passer d'une approche individuelle vers une perspective plus communautaire. Ainsi, puisqu'elles diffèrent le plus des pratiques courantes, les interventions de groupe et communautaires seront d'abord présentées en lien avec les écrits sur les pratiques prometteuses de participation sociale. Ensuite, les défis spécifiques à la réalisation de ces pratiques souhaitées seront exposés, suivis des avantages possibles.

Parmi les pratiques souhaitées, les interventions de groupe constituent une des avenues les plus prometteuses tel qu'indiqué par les informateurs. Ces résultats font écho à ceux d'autres études sur les interventions de participation sociale des aînés, qui ont également conclu que l'approche de groupe était à privilégier tandis que l'efficacité des approches individuelles était remise en cause (Dickens, Richards, Greaves, et Campbell, 2011). De plus, les modalités de groupe ont été reconnues plus rentables économiquement que les interventions individuelles (Zingmark et coll., 2016). Puisque les pratiques individuelles constituent la plus grande partie des pratiques courantes des ergothérapeutes au SAD (Hébert et coll., 2002), il est possible de se questionner sur l'efficacité de leur pratique actuelle. Enfin, comme il ne s'agit pas d'une pratique courante pour les ergothérapeutes au SAD, la sélection des pratiques de groupe au sein du continuum par les participants de la présente étude demeure étonnante et mériterait qu'on s'y penche plus particulièrement.

Les défis relatifs aux interventions de groupe identifiés dans cette étude concernent le recrutement et la formation des groupes, la création et le maintien du lien avec les organismes communautaires et le temps requis pour organiser les interventions. Les présents résultats sont comparables à ceux obtenus par une recension systématique qui visait à comparer les avantages de l'intervention de groupe dans un contexte de réadaptation physique par rapport à l'intervention individuelle (Akué et coll., 2017). Les défis potentiels rapportés dans l'étude concernaient l'organisation des groupes, incluant l'atteinte d'une masse critique d'utilisateurs. Dans une autre étude ayant procédé à la réorganisation d'un programme de réadaptation pédiatrique (Camden, Swaine, et Levasseur, 2013), des facteurs similaires, liés à la formation des groupes et au temps d'organisation, sont également cités comme des enjeux que les professionnels doivent considérer.

La présente étude fait également ressortir que la réalisation des interventions de groupe est influencée par la pression organisationnelle et la nécessité de considérer les listes d'attente. Ainsi, dans l'étude de Camden et collaborateurs (2013), l'intégration de modalités de groupe a été reconnue efficace pour réduire les listes d'attentes en ergothérapie. De même, dans l'étude de Akué et collaborateurs (2017), même si les pratiques recensées étaient principalement menées par des professionnels autres que des ergothérapeutes, les groupes seraient une alternative efficace pour améliorer l'accès aux services de

réadaptation. Comme la pression des listes d'attente a été citée, dans la présente étude, comme un obstacle potentiel aux pratiques de participation sociale, l'intégration des pratiques de groupes pourrait être un moyen possible de réduire les délais d'attente. D'autres études doivent toutefois être réalisées en contexte de SAD et auprès des aînés, qui diffèrent considérablement de celui de la réadaptation pédiatrique.

Cette étude a permis d'envisager la pratique des ergothérapeutes au SAD en intégrant une perspective communautaire ancrée dans des principes de développement des communautés. Ainsi, les résultats bonifient les écrits recensés sur les pratiques prometteuses des ergothérapeutes en milieu communautaire (Turcotte et coll., 2018). Dans la présente étude, les pratiques de développement des communautés visent principalement la collaboration avec les autres secteurs de la communauté, au-delà du réseau de la santé. Ces secteurs peuvent comprendre les organismes communautaires, les directions de santé publique ou les municipalités dont les services ont une influence sur la participation sociale (ex. : transport adapté, accessibilité des espaces publics). Des constats similaires ont été faits en Suède, où l'organisation du système de santé se concentre autour des municipalités (Furåker et Nilsson, 2011), alors que les ergothérapeutes se trouvent parmi ceux qui interviennent le plus sur la participation sociale (Lilja et Borell, 2001). Au Québec, les ergothérapeutes au SAD occupent donc une place privilégiée pour offrir ce type d'interventions, les CLSC constituant le niveau d'organisation le plus rapproché des municipalités (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). À ce jour, peu d'ergothérapeutes exercent en développement des communautés et d'autres études doivent être menées pour évaluer l'efficacité de ces approches (Lauckner et coll., 2011).

Les défis en lien avec la réalisation des pratiques communautaires ont été décrits par les participants de la présente étude. Parmi ces défis, les modèles d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes au SAD auraient tendance à se concentrer sur les besoins individuels et non collectifs, incluant la participation sociale. En effet, bien que fréquemment utilisé par les ergothérapeutes au SAD (Hébert et coll., 2002), le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) est un modèle ergothérapique centré sur le client qui a été critiqué pour sa vision individualiste et biomédicale de la personne (Hammell, 2009). Les catégories du MCREO découlent d'une vision occidentale de l'occupation humaine, celle-ci n'étant pas partagée par toutes les cultures. Ces défis pointent donc vers

la nécessité de trouver un meilleur équilibre entre la pratique centrée sur le client, avec laquelle les ergothérapeutes sont familiers (Townsend et coll., 2013), et la pratique centrée sur la communauté (Hyett et coll., 2018). À cet effet, les ergothérapeutes pourraient compléter leurs évaluations avec des modèles plus utilisés dans le domaine de la santé mentale, tels que le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH; Kielhofner, 2008). De plus, un cadre conceptuel récemment élaboré pourrait être envisagé par les ergothérapeutes qui désirent intégrer une approche centrée sur la communauté (Hyett et coll., 2018). Ce cadre conceptuel propose de considérer la communauté comme un usager auquel l'ergothérapeute offre des services en intégrant des concepts tels que l'identité communautaire ou l'occupation communautaire. Puisque les pratiques communautaires agissent sur les environnements d'une communauté, elles offrent le potentiel d'influencer la santé d'un nombre important de personnes et devraient faire l'objet d'autres études.

7.1.2 Facteurs et leviers à l'intégration de pratiques de participation sociale

Les deuxième et troisième objectifs de cette recherche étaient respectivement d'explorer les facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques favorisant la participation sociale et d'identifier les leviers d'action à déployer pour intégrer ces pratiques au SAD. Dans un premier temps, cette section de la discussion s'intéresse à la diversité des facteurs qui influencent les pratiques des ergothérapeutes au SAD et celle des autres professionnels. Dans un deuxième temps, les leviers d'actions à déployer pour modifier le contexte du SAD et intégrer les pratiques souhaitées seront discutés.

7.1.2.1 Facteurs liés au contexte organisationnel et systémique

Les résultats de cette étude ont permis de répertorier un ensemble de facteurs pouvant influencer l'intégration d'interventions de participation sociale par les ergothérapeutes au SAD. Ces résultats bonifient l'état actuel des connaissances en lien avec les différents niveaux d'influence, particulièrement ceux liés au système, à l'organisation et aux ergothérapeutes. Bien que la recherche ait aussi enrichi les connaissances quant aux facteurs liés aux usagers et aux pratiques émergentes, la présente section se concentrera sur les niveaux d'influence rapportés comme freins et facilitateurs. Plus spécifiquement, les facteurs relatifs au contexte systémique et organisationnel seront discutés.

Parmi les facteurs systémiques, les indicateurs de performance font partie des obstacles potentiels cités par les participants comme pouvant influencer l'intégration des

pratiques souhaitées. Les indicateurs de performance sont des mécanismes utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'évaluer la capacité des établissements de santé d'atteindre ses objectifs, c'est-à-dire d'améliorer la santé et le bien-être de la population (Gouvernement du Québec, 2015a). Actuellement, les indicateurs utilisés par le MSSS pour évaluer la performance des services de SAD permettent notamment de comptabiliser le nombre de visites à domicile, le nombre d'heures de services à domiciles de même que le nombre d'usagers rencontrés (Demers et Pelchat, 2013). Toutefois, ces indicateurs ont été critiqués puisqu'ils ne permettent pas de capter les retombées des services, par exemple la mesure avec laquelle la santé et la participation sociale de la personne se sont réellement améliorées (Demers et Pelchat, 2013).

Dans la présente étude, les interventions favorisant la participation sociale, incluant les pratiques de groupe, ont été rapportées comme n'étant pas performantes selon les indicateurs utilisés. En effet, pour les interventions de groupe, ces indicateurs ne tiendraient pas compte du nombre de personnes rencontrées (Demers et Pelchat, 2013). Ainsi, si c'est le cas, il y aurait peu de différence entre la performance d'un intervenant qui rencontre ses usagers à domicile, une personne à la fois, et celle d'un ergothérapeute qui réalise des interventions de groupe. Cette situation était donc vue comme un frein potentiel à leur intégration. Pourtant, les résultats d'études comparant les interventions de groupe aux interventions individuelles indiquent que leur efficacité et leur rentabilité seraient comparables, voire supérieures (Zingmark et coll., 2016). Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études qui ont identifié que les indicateurs de performance fondés sur la quantité de services pouvaient diminuer la qualité des services offerts, voire même l'atteinte des objectifs du système de santé (Ashcroft, 2014; Carrier et coll., 2016). Afin d'envisager une modification qui permettrait au SAD de contribuer réellement à l'atteinte des objectifs du système de santé, la pertinence de ces indicateurs pourrait être remise en question.

Deux freins systémiques soulignés dans la présente étude concernent le manque d'individualisation des soins ainsi qu'une conception restrictive de la santé. Ainsi, puisque le choix de fournir ou non des services de SAD serait lié, non pas au besoin réel des personnes, mais plutôt au coût de ces services, il est possible que ces freins soient associés à un discours d'efficacité économique (Morin, 2008). De plus, la conception que la participation sociale ne serait pas un déterminant de la santé auquel les services de SAD

devraient s'attarder pourrait avoir pour conséquences de diminuer la possibilité d'agir sur cette cible. Pourtant, l'impact d'une restriction de participation sociale sur l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité est comparable à celui du tabagisme, de la sédentarité ou de l'obésité (Holt-Lunstad et coll., 2015). De même, les restrictions de participation sociale chez les aînés sont associées à une augmentation de l'utilisation des services de santé et des coûts qui sont reliés (Shaw et coll. 2017). Pour intégrer des pratiques de participation sociale, une volonté politique qui priorise la participation sociale devrait donc être réaffirmée, comme l'ont suggéré les participants de la présente étude. L'importance de considérer les priorités politiques pour intégrer les pratiques en milieu communautaire était également décrite dans deux études antérieures (Casebeer et coll., 2000; Knight, 2014).

Parmi les facteurs organisationnels cités dans la présente étude, les participants ont évoqué la contradiction institutionnelle entre le mandat du soutien à domicile et la participation sociale. Comme rapporté par les participants, il existerait une culture institutionnelle selon laquelle une personne qui est en mesure de sortir de chez elle ne devrait pas recevoir des services de SAD; ceux-ci devraient plutôt être réservés aux personnes qui sont confinées à domicile. Pourtant, les services à domicile ne constituent qu'une des composantes de la politique du Maintien à domicile et non la seule (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Le SAD aurait aussi le mandat d'offrir des services au pourtour du domicile, en plus des services entourant le logement, le transport et l'intégration sociale. Bien qu'il soit possible que ces services soient offerts par d'autres professionnels ou par le personnel auxiliaire, ces derniers volets du SAD ne semblent pas être au cœur de l'offre de services actuelle. Ce manque de clarté quant au mandat du SAD se traduirait notamment par le passage d'une approche de soutien dans la communauté vers une culture de gestion de crise, peu compatible avec une vision à long terme de la santé (Denton et coll., 2002). Ainsi, le fait que le mandat de ce secteur de services soit mal défini contribuerait possiblement à limiter l'intégration des interventions de participation sociale.

D'autres facteurs rapportés par les participants, comme les contraintes budgétaires et les priorités politiques, semblent indiquer la présence accrue de discours économiques dans le contexte entourant le SAD. De telles tensions ont aussi été décrites dans une autre étude portant sur la pratique d'autres professionnels au SAD (Ceci, 2006). Selon cette dernière étude, il y aurait un écart grandissant entre les priorités politiques et les priorités

professionnelles, ces dernières étant censées guider la qualité des services. Les préoccupations de performance et de rentabilité économique identifiées dans les présents résultats se répercutent notamment dans les remises en question quant à l'expertise professionnelle des ergothérapeutes pour favoriser la participation sociale des aînés. Les ergothérapeutes seraient vus comme trop coûteux ou interchangeable avec des ressources moins qualifiées. De telles remises en question pourraient être liées à la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute, telle que rapportée par Wood et collaborateurs (2013).

7.1.2.2 Leviers d'action individuels et collectifs

Plusieurs leviers d'action à la disposition des acteurs et des groupes qui souhaitent intégrer des interventions de participation sociale ont été identifiés dans cette étude, certains dont le déploiement aurait même été amorcé. Parmi les leviers qui restent encore à être déployés, les résultats ont permis de compléter le modèle de Chaudoir et collaborateurs (2013) en y ajoutant de nouvelles catégories. Ainsi, pour intégrer des interventions de participation sociale, la présente étude suggère d'impliquer activement le milieu académique (faisant partie du système), le milieu communautaire (dans l'organisation) et les proches aidants (en tant qu'usagers). En plus d'élargir les niveaux d'influence du modèle, quatre leviers d'action seront discutés, soit les indicateurs de performance, l'engagement académique, le rôle d'agent de changement des ergothérapeutes et l'intégration à des ressources existantes.

En premier lieu, les participants ont nommé la possibilité de développer nouveaux indicateurs de performance qui mesurent l'amélioration de la participation sociale. À cet égard, le MSSS a établi une liste d'indicateurs de performance pour les programmes-services de déficience physique (Gouvernement du Québec, 2016). En théorie, l'un de ces indicateurs ciblerait la participation sociale, mais cet indicateur reste à développer. En ce sens, les résultats de la présente étude pourraient éclairer l'élaboration d'indicateurs de performance spécifiques à l'amélioration de la participation sociale pour les services de SAD auprès de personnes âgées ou ayant une déficience physique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Telle que rapportée par les participants, la possibilité d'établir des indicateurs qui priorisent la participation sociale donnerait une légitimité aux interventions de participation sociale. Ce processus pourrait être une occasion d'impliquer les citoyens afin de s'assurer que les indicateurs choisis soient conformes à leurs priorités et ne découlent pas seulement d'une perspective clinique (Raymond et coll., 2018).

En second lieu, les résultats sur les leviers d'action ont soutenu le rôle de l'engagement académique comme levier potentiel. Selon les participants, le milieu académique pourrait contribuer à l'intégration des pratiques de participation sociale en proposant des modèles de rôles et en offrant des formations aux cliniciens, ce qui interpelle le rôle social des chercheurs (Carrier et Contandriopoulos, 2016). Par exemple, l'organisation de conférences en milieu clinique, les formations aux étudiants et la vulgarisation des résultats de la recherche devraient être mises de l'avant par les chercheurs. Dans la présente recherche, l'engagement auprès des décideurs, des cliniciens et des usagers constitue un levier d'action déployé et identifié comme ayant eu un effet multiplicateur et des retombées à d'autres niveaux de l'organisation. Ce phénomène a aussi été décrit dans une recension des écrits sur les recherches participatives, où des retombées inattendues ont découlé de l'engagement d'une diversité d'acteurs (Jagosh et coll., 2012). Or, les résultats n'auraient probablement pas été les mêmes sans l'utilisation des approches participatives. Pour actualiser ce levier d'action, les résultats suggèrent de bien choisir l'approche de recherche préconisée. Afin de favoriser une prise de conscience quant aux lacunes dans leur pratique courante, les recherches participatives pourraient ainsi servir d'occasion de regrouper les ergothérapeutes, comme ce fût le cas dans cette recherche.

En troisième lieu, les leviers d'action relatifs aux ergothérapeutes ont identifié la nécessité de consolider les responsabilités relatives à leur rôle d'agent de changement. Ce rôle comprend notamment d'agir collectivement pour favoriser la participation sociale des personnes, de créer des liens avec les membres de la communauté en plus de faire connaître son rôle au grand public (Carrier et Contandriopoulos, 2015). En faisant appel à leur rôle d'agent de changement, les ergothérapeutes pourraient participer activement au processus réflexif en lien avec leur pratique. Cette stratégie a aussi été reconnue dans d'autres études comme un moyen d'intégrer des pratiques émergentes (Salsberg et coll., 2015) et mériterait d'être investiguée davantage auprès d'ergothérapeutes. Ainsi, en participant activement à des recherches participatives portant sur leur pratique, les ergothérapeutes pourraient développer de meilleures capacités à intégrer les résultats de la recherche et à développer leur pratique. Pour soutenir ces capacités, le réseautage entre pairs et le mentorat pourraient également être facilitants, comme le suggèrent Leeman et collaborateurs (2015). Par exemple, une association professionnelle, dont le rôle est de revendiquer pour faire mieux

connaître la profession et veiller à l'excellence de la pratique, pourrait favoriser les liens entre les ergothérapeutes désirant intégrer des pratiques de participation sociale. À cet égard, la création récente d'un chapitre québécois de cette association pourrait constituer un levier et venir répondre aux besoins spécifiques des ergothérapeutes du Québec.

En dernier lieu, selon les participants de l'étude, l'intégration des pratiques de participation sociale devrait d'abord s'opérer au sein de ressources existantes au lieu de développer de nouvelles ressources. Pour les informateurs, cette voie offrirait plusieurs avantages, dont les économies de coûts, de temps et d'énergie pour les personnes impliquées. Cette stratégie correspond à une des formes de changement propres aux organisations de santé, soit l'adaptation continue des pratiques, telle que rapportée par Sylvain et Lamothe (2012). D'autres auteurs suggèrent toutefois qu'il serait insuffisant, pour assurer l'évolution du système de santé, d'adapter les pratiques existantes sans exécuter une transformation radicale du contexte systémique dans lequel elles s'opèrent (Contandriopoulos et coll., 2016). Ce contexte comprend notamment les discours économiques sur l'efficacité qui, comme l'ont souligné les informateurs de la présente étude, ont une influence potentielle sur les pratiques souhaitées. Ainsi, l'intégration de ces pratiques ne dépendrait pas seulement des caractéristiques de l'intervention émergente, mais aussi de sa compatibilité avec le contexte (Contandriopoulos et coll., 2016).

7.2 Forces et limites

Cette recherche visait à répondre à un besoin exprimé explicitement par les acteurs d'un milieu de SAD en lien avec la pratique des ergothérapeutes auprès des aînés (Jagosh et coll., 2012). À notre connaissance, aucune étude n'avait permis de repenser leur pratique, de façon exhaustive et détaillée, et de coconstruire des pratiques souhaitées en impliquant différents partenaires de la communauté. La rigueur scientifique de l'étude est assurée par le respect de choix méthodologiques bien définis et reconnus, conforme aux recommandations de Creswell (2013). Ces choix ont aussi favorisé la production de données riches à l'aide d'entrevues qualitatives en profondeur et d'une exposition prolongée sur le terrain. La collecte réalisée par la même personne, l'étudiant-chercheur, et assistée d'au moins un autre membre de l'équipe, a assuré une certaine uniformité et une connaissance des données de la recherche. De plus, l'expérience professionnelle de

l'étudiant-chercheur comme ergothérapeute au SAD a permis une sensibilité accrue à la perspective des participants, comme l'avancent McCann et Clarke (2003). Cette expérience peut toutefois avoir aussi constitué une limite en raison des préconceptions possibles, notamment en regard des facteurs qui influencent la pratique. Tel que recommandé par Kasper (1994), le recours aux mémos et la triangulation des chercheurs de l'équipe ont cependant permis de minimiser cette limite. La diversité intragroupe décrite par Pires (1997) a appuyé l'identification de leviers d'action collectifs et l'application intégrée des connaissances à même le processus de recherche. Puisqu'elle a permis d'engager un dialogue entre différents partenaires et de donner une voix à des personnes qui en ont moins, l'approche participative privilégiée a mené à une réflexion plus approfondie sur la pratique (Jagosh et coll., 2012). Devant le contexte québécois de réorganisation du système de santé, cette étude a saisi l'occasion de changement que représente une réorganisation structurelle d'une telle envergure pour repenser les pratiques existantes (Kemmis et coll., 2014). Bien que cette démarche ait pu accentuer des tensions au sein de l'organisation, un enthousiasme a été observé chez les différents partenaires, notamment en regard des approches participatives utilisées.

Étant donné l'implication d'un seul programme de SAD et d'un nombre limité de participants, le contexte de cette étude pourrait ne pas correspondre à tous les milieux de SAD au Québec. De plus, bien que représentatif du contexte actuel où les femmes sont davantage investies dans les professions de la santé et dans un rôle de proche aidant, l'échantillon était majoritairement formé de participantes de sexe féminin, ce qui a pu influencer les résultats. Toutefois, une description en profondeur du contexte, des caractéristiques des participants et des méthodes utilisées permet aux utilisateurs de connaissances de juger de la transférabilité des données à d'autres contextes. La collecte a pu être influencée négativement (autocensure) ou positivement (meilleur lien de confiance, données plus riches). D'une part, les effets du chercheur sur le site et du site sur le chercheur ont été minimisés, notamment par les discussions en équipe de recherche et la co-analyse des données (Miles et coll., 2014). D'autre part, la connaissance de l'étudiant-chercheur du terrain de recherche a favorisé le lien de confiance avec les participants. Pour faciliter le déroulement de la RAP, il est d'ailleurs recommandé d'établir des partenariats de recherche avec des milieux connus, ce qui favorise le lien de confiance nécessaire à l'intégration des

pratiques (Jagosh et coll., 2012). De plus, en faisant en sorte que les membres du comité de pilotage participent dans un climat égalitaire, l'implication d'un facilitateur communautaire, tel que recommandé par Baskerville et collaborateurs (2012), a soutenu la mise en place du partenariat. Enfin, la méthode de collecte utilisée a pu influencer les résultats obtenus. En effet, la photo-élicitation (Margolis et Pauwels, 2011), inspirée des résultats d'une recension élargie des écrits (Turcotte et coll., 2018), visait à stimuler les discussions des participants sur des questions spécifiques et abstraites. Or, ces images ont pu contribuer à teinter les réponses des participants. Malgré l'utilisation de catégories préexistantes issues de modèles théoriques, la collecte et l'analyse des données ont favorisé l'émergence de nouvelles catégories, tel que proposé par Miles et collaborateurs (2013). Pour minimiser le biais de désirabilité sociale, des précautions ont été prises, notamment en rassurant les participants qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et en leur expliquant les objectifs de façon détaillée (Fisher et Katz, 2000).

7.3 Retombées de la recherche

Cette sous-section présente les retombées potentielles de la présente étude et les pistes de recherche à considérer pour l'avenir.

7.3.1 *Retombées cliniques, administratives et pédagogiques*

Cette étude a eu des retombées immédiates auprès des participants en offrant une meilleure compréhension de l'intégration de pratiques ergothérapeutiques favorisant la participation sociale des aînés au SAD. Parmi les retombées **cliniques**, une réflexion approfondie sur leur pratique ainsi qu'une amorce de changement ont permis aux ergothérapeutes au SAD de prendre conscience des limites de leurs pratiques courantes et d'identifier des leviers d'action pour intégrer les pratiques souhaitées (Jagosh et coll., 2015). Les résultats obtenus complètent ceux d'autres études sur la pratique des ergothérapeutes au SAD, favorisant une meilleure compréhension de leur rôle en lien avec la participation sociale des aînés, un champ de pratique en expansion.

Parmi les retombées **administratives** et grâce à une application intégrée des connaissances (Gagliardi, Berta, Kothari, Boyko, et Urquhart, 2016), cette recherche a permis d'observer plusieurs retombées inattendues pour les milieux impliqués (Jagosh et coll., 2012), ayant notamment mené à recréer le lien entre le milieu communautaire et le

SAD. Par ailleurs, la recherche a permis d'accroître l'ouverture des décideurs envers les initiatives qui favorisent la participation sociale et a mené à l'élaboration de nouvelles pratiques, telles que des interventions de groupe auprès d'autres clientèles et l'accompagnement de transport aux loisirs. En impliquant les membres d'ordres professionnels et d'associations professionnelles, les résultats bénéficient d'une diffusion qui rejoindra l'ensemble des ergothérapeutes au Québec.

Parmi les retombées **pédagogiques**, cette recherche pourrait contribuer à consolider l'enseignement de la pratique factuelle chez les étudiants en ergothérapie. Grâce à une meilleure compréhension des multiples facteurs pouvant influencer son application clinique, l'apprentissage des compétences nécessaires à l'intégration des meilleures pratiques par les futurs ergothérapeutes pourra être rehaussé. Ces retombées bénéficieront ensuite à plusieurs professionnels, aux décideurs et aux intervenants communautaires qui pourront mieux intervenir collectivement afin de promouvoir la participation sociale des aînés. Ultimement, cette recherche pourrait mener à une amélioration des services de SAD offerts aux aînés et à une meilleure santé de la population vieillissante québécoise.

7.3.2 Recommandations pour la recherche

Les résultats de cette étude pourront servir de tremplin à de futures recherches afin d'implanter des interventions ergothérapiques de qualité, cohérentes avec les valeurs de la profession, ainsi que les obligations professionnelles. D'abord, cette recherche pourrait se poursuivre avec un deuxième cycle de RAP visant à mieux comprendre l'implantation du continuum d'interventions émergentes identifié dans la présente recherche. Pour cette étape, il serait intéressant d'inclure une diversité de milieux pour vérifier les conditions essentielles et les défis qui sont associés à cette implantation. De plus, si la présente étude a surtout combiné les points de vue des différents participants, il serait important de préciser les zones de convergence et de complémentarité.

Une autre avenue à explorer serait d'analyser l'évolution de la pratique des ergothérapeutes au SAD en retrouvant des ergothérapeutes ayant œuvré dans ce secteur au moment de la création des CLSC. Pour ce faire, afin de décrire les facteurs historiques qui ont contribué à l'évolution de leur pratique, il serait possible de mener une étude mixte (volet quantitatif transversal suivi d'un volet qualitatif exploratoire) ou encore une étude longitudinale dans les CLSC québécois. Une meilleure compréhension de ces facteurs

pourrait aider à mieux entrevoir comment la pratique des ergothérapeutes au SAD pourrait évoluer dans le futur.

Pour explorer d'autres avenues dans l'évolution de la pratique ergothérapique en milieu communautaire, il serait aussi pertinent de reconduire la présente étude auprès d'autres professionnels œuvrant au SAD ou auprès d'autres populations à risque d'isolement social (ex.: personnes âgées vivant en situation d'itinérance ou issues des communautés autochtones ou ethnoculturelles), au Québec et ailleurs. Il s'agirait alors d'une occasion de soutenir le déploiement de pratiques ergothérapiques favorisant la participation sociale auprès d'autres populations marginalisées.

Afin d'orienter l'implantation des pratiques émergentes, les autres possibilités de recherche pourraient inclure de vérifier et comparer les effets de l'intégration des interventions individuelles, de groupe et communautaires au SAD et dans d'autres contextes. Parmi les effets à évaluer, les délais d'attente, le temps requis pour la préparation et la satisfaction des ergothérapeutes en lien avec leur pratique et celle des usagers en lien avec les services reçus seraient des éléments à considérer. Enfin, il serait également intéressant de documenter l'implantation de nouveaux indicateurs de performance reliés à l'amélioration de la participation sociale et de préciser leur influence sur les pratiques professionnelles.

CHAPITRE 8

CONCLUSION

Cette recherche visait, de façon générale, à repenser la pratique des ergothérapeutes au soutien à domicile (SAD) en vue de favoriser la participation sociale des aînés. Plus spécifiquement, cette étude cherchait à 1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, 2) explorer les facteurs qui pourraient influencer l'intégration de ces pratiques et 3) identifier les leviers d'action à déployer pour intégrer ces pratiques au SAD.

La présente étude a permis d'identifier un continuum d'interventions émergentes, issues à la fois des écrits scientifiques et du terrain. Ce continuum comprend les interventions individuelles, de groupe et communautaires. Tout au long du continuum, nos résultats ont décrit des moyens concrets de mieux répondre aux besoins de participation sociale des aînés. D'un point de vue individuel, ces moyens incluent de mieux évaluer les besoins sociaux, d'accompagner l'aîné à utiliser les ressources, de soutenir les proches aidants d'aînés et d'impliquer le réseau communautaire pour atteindre les objectifs d'intervention liés à la participation sociale. Sur le plan des interventions de groupe, ces pratiques consistent à animer des groupes auprès de différentes clientèles, dans différents milieux et à différents moments pour rejoindre un plus grand nombre d'aînés. Enfin, sur le plan communautaire, les interventions incluent de travailler en partenariat avec le milieu communautaire afin de développer des communautés inclusives des aînés.

Alors que d'autres études se sont attardées à décrire la pratique des ergothérapeutes au SAD et les facteurs qui l'influencent, l'intégration de pratiques favorisant la participation sociale des aînés avait été peu explorée. Cette étude a permis de décrire différents facilitateurs qui peuvent influencer l'intégration d'un continuum de pratiques émergentes, tant sur le plan des usagers que des ergothérapeutes, ainsi que des obstacles potentiels, ceux-ci étant davantage reliés à l'organisation et au système. Parmi les facilitateurs, on retrouvait les partenariats et le partage de ressources avec les organismes communautaires, l'engagement des usagers et la conviction des ergothérapeutes. Les obstacles comprenaient les indicateurs de performance utilisés au SAD, une culture institutionnelle contradictoire et la restriction du champ de pratique des ergothérapeutes.

En particulier, cette étude a permis d'expliciter le rôle des facteurs organisationnels et systémiques dans l'intégration de pratiques émergentes par des ergothérapeutes au SAD. La conception biomédicale de la santé et les indicateurs de performance utilisés par les établissements de santé, dont le SAD, sont des facteurs qui menacent potentiellement l'intégration des interventions de participation sociale par les ergothérapeutes. D'une part, les définitions restrictives de la santé, utilisées dans les établissements de santé, tendent à exclure la participation sociale comme déterminant de la santé. D'autre part, les indicateurs de performance choisis pour mesurer la façon avec laquelle le système atteint ses objectifs, c'-à-d. l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ne proposent qu'une vision partielle et réductrice. Ces facteurs ont pour impact d'encourager des services à court terme, centrés sur l'autonomie et la sécurité à domicile, et de décourager les pratiques de participation sociale, ancrées dans une vision préventive et à long terme.

Les résultats de cette recherche ont une pertinence triple. D'abord, pour la **société**, la meilleure compréhension des facteurs qui influencent l'intégration des pratiques qui visent la participation sociale des aînés permettra de soutenir le développement de services plus personnalisés et efficaces en misant sur les facilitateurs et en limitant les obstacles. Pour les **cliniciens** et les **gestionnaires**, la co-construction de pratiques émergentes avec les utilisateurs de connaissances offre le potentiel d'améliorer leur appropriation et ultimement, d'optimiser l'application des connaissances en pratique. Au plan **professionnel**, cette recherche a permis de reconnaître l'importance de former les ergothérapeutes durant le changement de leur pratique et d'offrir des modèles de rôles aux étudiants en ergothérapie en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Enfin, au plan **scientifique**, cette étude permettra de guider la future implantation du continuum, grâce à l'identification préalable des facteurs qui auront une influence potentielle sur cette implantation et la création d'un partenariat au sein des milieux cliniques et communautaires. Les futures études permettront de déterminer les meilleures stratégies de transfert de connaissances à utiliser ainsi que les conditions essentielles à l'implantation réussie de ces pratiques. En somme, ce mémoire offre une vision élargie de la pratique ergothérapique et a mis en lumière l'importance de considérer les facteurs systémiques et organisationnels dans l'intégration de pratiques de participation sociale. Ces résultats appellent maintenant à l'action afin de développer des partenariats avec le milieu communautaire, les professionnels de la santé et les usagers.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Akué, C., Bélanger, D., Caputo, L., Gendron, M., Guériton, M., Pituch, E., et Kairy, D. (2017). *L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante?* Retrieved from Montréal, QC, Canada: Pôle universitaire en réadaptation (PUR).
- Allan, H. T., Brearley, S., Byng, R., Christian, S., Clayton, J., Mackintosh, M., . . . Ross, F. (2014). People and teams matter in organizational change: professionals' and managers' experiences of changing governance and incentives in primary care. *Health Services Research, 49*(1), 93-112. doi:10.1111/1475-6773.12084
- Anderson-Carpenter, K. D., Collie-Akers, V., Colvin, J. D., et Cronin, K. (2013). The Role of Advocacy in Occasioning Community and Organizational Change in a Medical–Legal Partnership. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 41*(3), 167-175. doi:10.1080/10852352.2013.788343
- Anderson, G. (2004). *Chronic conditions: making the case for ongoing care* (Vol. John Hopkins University).
- Arar, N. H., Noel, P. H., Leykum, L., Zeber, J. E., Romero, R., et Parchman, M. L. (2011). Implementing quality improvement in small, autonomous primary care practices: implications for the patient-centred medical home. *Quality in Primary Care, 19*(5), 289-300.
- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Ashcroft, R. (2014). Inadequate Performance Measures Affecting Practices, Organizations and Outcomes of Ontario's Family Health Teams. *Healthcare Policy, 10*(1), 86-96.
- Baribeau, C., et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation, 38*(1), 23-45.
- Baskerville, N., Liddy, C., et Hogg, W. (2012). Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Annals of Family Medicine, 10*, 63 - 74.
- Becker, A. B., Israel, B.A., Allen, A.J. (2005). Strategies and Techniques for Effective Group Process in CBPR Partnerships. In E. E. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA (Ed.), *Methods in community-based participatory research for health* (pp. 52–72). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bégin, C., Boudreault, V., et Sergerie, D. (2009). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation - IMP* - Québec: Gouvernement du Québec.
- Bennett, S., Whitehead, M., Eames, S., Fleming, J., Low, S., et Caldwell, E. (2016). Building capacity for knowledge translation in occupational therapy: Learning through participatory action research. *BMC Medical Education, 16*, 257. doi:10.1186/s12909-016-0771-5
- Bernier, J. (2014). La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation [French]. *Global Health Promotion, 21*(1), 58-63. doi:10.1177/1757975913514782

- Bleser, W. K., Miller-Day, M., Naughton, D., Bricker, P. L., Cronholm, P. F., et Gabbay, R. A. (2014). Strategies for Achieving Whole-Practice Engagement and Buy-in to the Patient-Centered Medical Home. *Annals of Family Medicine*, 12(1), 37-45. doi:10.1370/afm.1564
- Booth, B. J., Zwar, N., et Harris, M. F. (2013). Healthcare improvement as planned system change or complex responsive processes? A longitudinal case study in general practice. *BMC Family Practice*, 14. doi:10.1186/1471-2296-14-51
- Borg, M., Karlsson, B., et Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services – principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285-292. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x
- Bush, P. L., Pluye, P., Loignon, C., Granikov, V., Wright, M. T., Pelletier, J.-F., . . . Repchinsky, C. (2017). Organizational participatory research: A systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them. *Implementation Science*, 12(1), 119. doi:10.1186/s13012-017-0648-y
- Camden, C., Shikako-Thomas, K., Nguyen, T., Graham, E., Thomas, A., Sprung, J., . . . Russell, D. J. (2015). Engaging stakeholders in rehabilitation research: A scoping review of strategies used in partnerships and evaluation of impacts. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1390-1400. doi:10.3109/09638288.2014.963705
- Camden, C., Swaine, B., et Levasseur, M. (2013). Did waiting times really decrease following a service reorganization? Results from a retrospective study in a pediatric rehabilitation program in Québec. *Disability and Rehabilitation*, 35(9), 719-724. doi:10.3109/09638288.2012.705948
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2016). *CAOT Position Statement: Occupational therapy and home and community care*. Retrieved on April 25, 2018 from: <https://www.caot.ca/document/3706/O%20-%20OT%20and%20Home%20&%20Community%20Care.pdf>
- Canadian Homelessness Research Network. (2013). *What works and for whom? A hierarchy of evidence for promises practices research*. Toronto, Canada. Retrieved on April 25, 2018 from <http://homelesshub.ca/resource/what-works-and-whom-framework-promising-practices>
- Cargo, M., et Mercer, S. L. (2008). The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice*†. *Annual Review of Public Health*, 29(1), 325-350. doi:doi:10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824
- Carrier, A., et Contandriopoulos, D. (2015). The change agent role of occupational therapists: influencing policy with ideas that stick. *OT Now special edition « Occupational therapists as agents of change: Improving the lives of Canadians »*, 17.5(4).
- Carrier, A., et Contandriopoulos, D. (2016). Principes de communication et rôle social du chercheur en matière de transfert de connaissances : une dualité source de questionnements éthiques. *BioéthiqueOnline*, 5(6).
- Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., et Desrosiers, J. (2015). Standardized referral form: Restricting client-centered practice? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 283-292. doi:10.3109/11038128.2015.1019922
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., et Desrosiers, J. (2012). Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational

- therapists' transfer skill interventions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 355-366.
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. [Impact of Accountability and Performance Optimization on the Choice of Occupational Therapy Interventions]. *Santé Publique*, 28(6), 780.
- Carrier, A., Levasseur, M., et Mullins, G. (2010). Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical, and clinical analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376. doi:10.3109/07380577.2010.510170
- Casebeer, A., Scott, C., et Hannah, K. (2000). Transforming a health care system: managing change for community gain. *Canadian Journal of Public Health*, 91(2), 89-93.
- Ceci, C. (2006). Impoverishment of practice: analysis of effects of economic discourses in home care case management practice. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 19(1), 56-68.
- Charlebois, K., Loignon, C., Boudreault-Fournier, A., Dupéré, S., et Grabovschi, C. (2014). L'implication des personnes vulnérables dans la recherche participative en soins primaires : une revue de la littérature. *Global Health Promotion*, 21(3), 38-45. doi:10.1177/1757975913517123
- Chaudoir, S., Dugan, A., et Barr, C. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(22), 1-20. doi:10.1186/1748-5908-8-22
- Ciro, C. A., et Smith, P. (2015). Improving Personal Characterization of Meaningful Activity in Adults with Chronic Conditions Living in a Low-Income Housing Community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11379-11395. doi:10.3390/ijerph120911379
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., . . . Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 56B(1), P60-63.
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., et coll. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326. doi:10.1001/jama.1997.03550160041036
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., . . . Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790.
- Clark, F., Park, D. J., et Burke, J. P. (2013). Dissemination: bringing translational research to completion. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 185-193. doi:10.5014/ajot.2013.006148
- Clément, A.-P., Djilas, D., Vinet, T., Aubin, A., Demers, K., et Levasseur, M. (2017). Identification and feasibility of social participation initiatives reducing isolation and involving rural older Canadians in the development of their community. *Aging Clinical and Experimental Research*. doi:10.1007/s40520-017-0849-x

- Cockburn, L., et Trentham, B. (2002). Participatory action research: Integrating community occupational therapy and research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 20-30. doi:10.1177/000841740206900102
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Sangster-Gormley, E., Kilpatrick, K., Dubois, C.-A., . . . Perroux, M. (2016). Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy*, 120(6), 682-689. doi:10.1016/j.healthpol.2016.03.015
- Covill, C., et Hope, A. (2012). Practice development: implementing a change of practice as a team. *British Journal Of Community Nursing*, 17(8), 378-383.
- Craig, D. G. (2012). Current occupational therapy publications in home health: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 338-347. doi:10.5014/ajot.2012.003566
- Creswell, W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dawson, D., Richardson, J., Troyer, A., Binns, M., Clark, A., Polatajko, H., . . . Bar, Y. (2014). An occupation-based strategy training approach to managing age-related executive changes: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 118-127. doi:10.1177/0269215513492541
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., et Aertgeerts, B. (2017). Home- and community-based occupational therapy improves functioning in frail older people: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(8), 1863-1869. doi:10.1111/jgs.14889
- Dechêne, G., Mégie, M. F., et Arcand, M. (2007). *Soins à domicile. In: Le précis pratique de gériatrie* (Vol. Édisem/Maloine). St-Hyacinthe.
- Demers, L., et Pelchat, Y. (2013). Mésestimée et méconnue, la contribution des services de soutien à domicile au vieillir chez soi. *Canadian Review of Social Policy/Revue canadienne de politique sociale*, 68-69, 39-54.
- Denton, M., Zeytinoglu, I. U., Davies, S., et Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 327-357.
- Desrosiers, J., Noreau, L., et Rochette, A. (2004). Social participation of older adults in Quebec. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 16(5).
- Di Stefano, M., Lovell, R., Stone, K., Oh, S., et Cockfield, S. (2009). Supporting individuals to make informed personal mobility choices: development and trial of an evidence-based community mobility education program. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 25(1), 55-72.
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., et Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647-647. doi:10.1186/1471-2458-11-647
- Direction de santé publique de Montréal. (2012). *Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants*. Montréal, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Dugow, H., Connolly, D., et Yuen, H. K. (2012). Exploring impact of independent living programme on activity participation of elderly people with chronic conditions. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 19(3), 154-162.

- Eklund, K., Sjöstrand, J., et Dahlin-Ivanoff, S. (2008). A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired. *Scand J Occup Ther*, 15(2), 68-74.
- Farmer, J., Carlisle, K., Dickson-Swift, V., Teasdale, S., Kenny, A., Taylor, J., . . . Gussy, M. (2018). Applying social innovation theory to examine how community co-designed health services develop: Using a case study approach and mixed methods. *BMC Health Services Research*, 18, 68. doi:10.1186/s12913-018-2852-0
- Filiatrault, J., et Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 45-56.
- Fisher, R. J., et Katz, J. E. (2000). Social-desirability bias and the validity of self-reported values. *Psychology and Marketing*, 17(2), 105-120. doi:10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2
- Fortier, J., Carbonneau, H., Levasseur, M., Sévigny, A., Éthier, S., Dumont, S., . . . Turcotte, P.-L. (2015). *Partnership on the social participation of seniors: Emerging tools*. Paper presented at the 44th Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Aging 2015, From possibility to practice in aging: Shaping a future for all, Calgary, Alberta, Canada.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap [The tightrope walker, wire and canvas. Reciprocal transformations of the meaning of disability]*: Presses de l'Université Laval.
- Fox, J., et Quinn, S. (2012). The meaning of social activism to older adults in Ireland. *Journal of Occupational Science*, 19(4), 358-370. doi:10.1080/14427591.2012.701179
- Furåker, C., et Nilsson, K. (2011). The consultative work of occupational therapists working in municipal healthcare. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 101-108. doi:10.3109/11038121003686179
- Gagliardi, A. R., Berta, W., Kothari, A., Boyko, J., et Urquhart, R. (2016). Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. *Implementation Science*, 11(1), 38. doi:10.1186/s13012-016-0399-1
- Garon, S., Paris, M., Beaulieu, M., Veil, A., et Laliberté, A. (2013). Collaborative Partnership in Age-Friendly Cities: Two Case Studies From Quebec, Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 73-87. doi:10.1080/08959420.2014.854583
- Garvey, J., Connolly, D., Boland, F., et Smith, S. M. (2015). OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 16, 59-59. doi:10.1186/s12875-015-0267-0
- Gerlach, A. J., Teachman, G., Laliberte-Rudman, D., Aldrich, R. M., et Huot, S. (2018). Expanding beyond individualism: Engaging critical perspectives on occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 35-43. doi:10.1080/11038128.2017.1327616
- Gewurtz, R. E., Moll, S. E., Letts, L. J., Larivière, N., Levasseur, M., et Krupa, T. M. (2016). What you do every day matters: A new direction for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 107(2), 4. doi:10.17269/cjph.107.5317

- Goldberg, D. G. (2012). Primary care in the United States: Practice-based innovations and factors that influence adoption. *Journal of Health, Organisation and Management*, 26(1), 81-97. doi:10.1108/14777261211211106
- Gouvernement du Québec. (2013). *Code des professions (c.C-26)*. Québec City, QC, Canada.
- Gouvernement du Québec. (2015a). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, QC, Canada: Éditeur officiel du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2015b). *Code de déontologie des ergothérapeutes*. Éditeur officiel du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2016). *L'implantation d'un système de suivi global et intégré de la performance du programme-services en déficience physique*. Québec, Canada: Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Graff, Adang, E., Vernooij-Dassen, M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., . . . Olde Rikkert, M. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.39408.481898.BE
- Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W., et Olderikkert, M. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences Gerontological Society of America*, 62(9), 1002 - 1009.
- Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W., et Rikkert, M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333(7580), 1196.
- Ham, C., Parker, H., Singh, D., et Wade, E. (2008). Making the shift from hospital to the community: lessons from an evaluation of a pilot programme. *Primary Health Care Research & Development (Cambridge University Press / UK)*, 9(4), 299-309. doi:10.1017/S1463423608000856
- Hammell. (2009). Self-Care, Productivity, and Leisure, or Dimensions of Occupational Experience? Rethinking Occupational “Categories”. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 107-114. doi:10.1177/000841740907600208
- Hammell, K. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration: Appartenance, occupation et bien-être humain : Une étude exploratoire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39-50. doi:10.1177/0008417413520489
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., et McCormack, B. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 577 - 588.
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., et coll. (2002). Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1381-1388.
- Hébert, M. (2001). *Du quotidien de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec à l'émergence de nouveaux savoirs pour la pratique communautaire*. (Philosophiae Doctor (Ph.D.)), Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada. (ProQuest Dissertations and Theses)
- Hébert, M., Maheux, B., et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie (Theories stemming from day-to-day

- practice of community occupational therapy). *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 31-39.
- Hébert, R. (2012). [Autonomy insurance: An essential innovation in response to the challenges of aging]. *Canadian Journal on Aging*, 31(1), 1-11.
- Holmberg, V., et Ringsberg, K. C. (2014). Occupational therapists as contributors to health promotion. *Scand J Occup Ther*, 21(2), 82-89. doi:10.3109/11038128.2013.877069
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., et Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. doi:10.1177/1745691614568352
- Humphries, S., Stafinski, T., Mumtaz, Z., et Menon, D. (2014). Barriers and facilitators to evidence-use in program management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 14(1), 171.
- Hyett, N., Kenny, A., et Dickson-Swift, V. (2018). Re-imagining occupational therapy clients as communities: Presenting the community-centred practice framework. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-15. doi:10.1080/11038128.2017.1423374
- Illiffe, S., Lenihan, P., Wallace, P., Drennan, V., Blanchard, M., et Harris, A. (2002). Applying community-oriented primary care methods in British general practice: A case study. *British Journal of General Practice*, 52(481), 646-651.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*. Québec.
- Israel, B., Eng, E., Schulz, A., et Parker, E. (2012). *Methods in community-based participatory research for health*. In OpenURL (Ed.), (2nd edition ed.). San Francisco: Jossey-Bass,.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., et Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336.
- Jackson, J., Mandel, D., Blanchard, J., Carlson, M., Cherry, B., Azen, S., . . . Clark, F. (2009). Confronting challenges in intervention research with ethnically diverse older adults: the USC Well Elderly II Trial. *Clinical Trials (London, England)*, 6(1), 90-101. doi:10.1177/1740774508101191
- Jagosh, J., Bush, P., Salsberg, J., Macaulay, A., Greenhalgh, T., Wong, G., . . . Pluye, P. (2015). A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*, 15(1), 725.
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J. O. N., Bush, P. L., Henderson, J. I. M., . . . Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x
- Johansson, A., et Björklund, A. (2016). The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 207-219. doi:10.3109/11038128.2015.1093544
- Judd, J., et Keleher, H. (2013). Reorienting health services in the Northern Territory of Australia: a conceptual model for building health promotion capacity in the workforce. *Global Health Promotion*, 20(2), 52-63.

- Kaplan, S. A., Calman, N. S., Golub, M., Ruddock, C., et Billings, J. (2006). Fostering organizational change through a community-based initiative. *Health Promotion Practice*, 7(3 Suppl), 181S-190S.
- Kasper, A. S. (1994). A feminist, qualitative methodology : A study of women with breast cancer. *Qualitative Sociology*, 17(3), 263-281.
- Kemmis, S., McTaggart, R., et Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research*. Singapore Heidelberg New York Dordrecht London: Springer.
- Kergoat, M. J., et Légaré, J. (2007). *Aspects démographiques et épidémiologiques du vieillissement au Québec*. In : *Précis pratique de gériatrie* (Vol. Edisem). Québec, Canada.
- Kielhofner, G. (2005). A Scholarship of Practice: Creating Discourse Between Theory, Research and Practice. *Occupational Therapy in Health Care*, 19(1-2), 7-16. doi:10.1080/J003v19n01_02
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application (4th edition ed.)*. Baltimore, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kimberlee, R. (2016). What is the value of social prescribing? *Advances in Social Sciences Research Journal*, 3(3), 29-35. doi:10.14738/assrj.33.1889
- Knight, E. K. (2014). Shifting Public Health Practice to Advance Health Equity: Recommendations From Experts and Community Leaders. *Journal of Public Health Management & Practice*, 20(2), 188-196. doi:10.1097/PHH.0b013e31829959fb
- Kramer-Roy, D. (2015). Using participatory and creative methods to facilitate emancipatory research with people facing multiple disadvantage: a role for health and care professionals. *Disability and Society*, 30(8), 1207-1224. doi:10.1080/09687599.2015.1090955
- Kung, H. C., Hoyert, D. L., Xu, J. Q., et Murphy, S. L. (2008). Deaths: final data for 2005. *National Vital Statistics Reports*, 56(10).
- Laliberte Rudman, D. (2005). Understanding political influences on occupational possibilities: An analysis of newspaper constructions of retirement. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 149-160. doi:10.1080/14427591.2005.9686558
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M., et Haggerty, J. (2011). Availability of healthcare resources, positive ratings of the care experience and extent of service use: An unexpected relationship. *Healthcare Policy*, 6(3), 46-56.
- Laperrière, A. (1997). *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives*. In: *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (Vol. Morin, G.). Montréal, Québec.
- Larsson, E., Padyab, M., Larsson-Lund, M., et Nilsson, I. (2016). Effects of a social internet-based intervention programme for older adults: An explorative randomised crossover study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(10), 629-636. doi:10.1177/0308022616641701
- Lasker, R. D., et Weiss, E. S. (2003). Creating partnership synergy: The critical role of community stakeholders. *Journal of Health and Human Services Administration*, 26(1/2), 119-139.
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U., et Woolhandler, S. (2006). Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National

- Population-Based Survey. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1300-1307. doi:10.2105/AJPH.2004.059402
- Lauckner, H. M., Krupa, T. M., et Paterson, M. L. (2011). Conceptualizing Community Development: Occupational Therapy Practice at the Intersection of Health Services and Community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 260-268. doi:10.2182/cjot.2011.78.4.8
- Leclair, L. L. (2010). Re-examining concepts of occupation and occupation-based models: Occupational therapy and community development. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 15-21. doi:10.2182/cjot.2010.77.1.3
- Leeman, J., Calancie, L., Hartman, M., Escoffery, C., Herrmann, A., Tague, L., . . . Samuel-Hodge, C. (2015). What strategies are used to build practitioners' capacity to implement community-based interventions and are they effective?: a systematic review. *Implementation Science*, 10(1), 80.
- Leland, N. E., Fogelberg, D., Sleight, A., Mallinson, T., Vigen, C., Blanchard, J., . . . Clark, F. (2016). Napping and Nighttime Sleep: Findings From an Occupation-Based Intervention. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 70(4), 7004270010p7004270011-7004270017. doi:10.5014/ajot.2016.017657
- Levasseur, M. (2016). Developing and evaluating a continuum of innovative interventions promoting health and social participation in older adults. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 59: e35.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., et St-Cyr Tribble, D. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health Models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(ICF Special Issue), 233-242.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., et St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective quality-of-life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(10), 830-841. doi:10.1097/PHM.0b013e318186b5bd
- Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., . . . Sévigny, A. (2014). Match between needs and services for participation of older adults receiving home care. *Leadership in Health Services*, 27(3), 204-223.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., et Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Levesque, J.-F., et Sutherland, K. (2017). What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *British Medical Journal Open*, 7(8). doi:10.1136/bmjopen-2016-014825
- Liddy, C., Blazhko, V., Dingwall, M., Singh, J., et Hogg, W. (2014). Primary care quality improvement from a practice facilitator's perspective. *BMC Family Practice*, 15(1), 23.
- Lilja, M., et Borell, L. (2001). Occupational therapy practice patterns with older Swedish persons at home. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 68(1), 51-59.
- Logan, P. A., Gladman, J. R., Avery, A., Walker, M. F., Dyas, J., et Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase

- outdoor mobility after stroke. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 329(7479), 1372-1375.
- Lundgren, L., Amodeo, M., Chassler, D., Krull, I., et Sullivan, L. (2013). Organizational readiness for change in community-based addiction treatment programs and adherence in implementing evidence-based practices: A national study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(5), 457-465. doi:10.1016/j.jsat.2013.06.007
- Macaulay, A. C., Commanda, L.E., Freeman, W.L. et coll. (1999). Participatory research maximises community and lay involvement. *British Medical Journal*, 319(7212), 774-778.
- Maillet, L., Lamarche, P., Roy, B., et Lemire, M. (2015). At the heart of adapting healthcare organizations: Developing a multilevel governance framework. *Emergence: Complexity and Organization*, 1. doi:10.emerg/10.17357.03ec71f53f2d5b9105642fb36f20c406
- Margolis, E., et Pauwels, L. (2011). *The SAGE Handbook of Visual Research Methods* Retrieved from <http://methods.sagepub.com/book/sage-hdbk-visual-research-methods> doi:10.4135/9781446268278
- Masso, M., et McCarthy, G. (2009). Literature review to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare (Wiley-Blackwell)*, 7(2), 145-156. doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00132.x
- Matuska K, Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M., Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a Pilot Occupational Therapy Wellness Program for Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 220-224.
- McCann, T., et Clark, E. (2003). Ground theory in nursing research : Part 1 - Methodology. *NurseResearcher*, 11, 7-18.
- Meth, P. (2003). Entries and omissions: using solicited diaries in geographical research. *Area*, 35(2), 195-205. doi:doi:10.1111/1475-4762.00263
- Miaskiewicz, T., et Kozar, K. A. (2011). Personas and user-centered design: How can personas benefit product design processes? *Design Studies*, 32(5), 417-430. doi:<https://doi.org/10.1016/j.destud.2011.03.003>
- Miles, M. B., Huberman, M. A., et Saldana, L. (2014). *Analyse des données qualitatives*, 3rd ed. . Paris: De Broeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi: Le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal (Clinical project: Framework for the health and social services network). Master document*. Retrieved from Québec, Canada:
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. Ministerial framework for assessing the performance of the publicly-funded health and social services system*. Gouvernement du Québec: Québec.

- Minkler, M., et Wallerstein, N. (2008). *Community-based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. In Jossey-Bass (Ed.), (2nd edition ed.). San Francisco, United States of America: John Wiley and Sons.
- Mitchell, R., et Unsworth, C. A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 13-24.
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Retrieved from Montréal, QC: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-543.pdf>
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., et Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: feasibility of the Lifestyle Matters programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413.
- Mulry, C. M., et Piersol, C. V. (2014). The Let's Go Program for Community Participation: A Feasibility Study. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(3), 241-254.
- Murphy, S. L., Strasburg, D. M., Lyden, A. K., Smith, D. M., Koliba, J. F., Dadabhoy, D. P., et Wallis, S. M. (2008). Effects of activity strategy training on pain and physical activity in older adults with knee or hip osteoarthritis: A pilot study. *Arthritis Care & Research*, 59(10), 1480-1487. doi:10.1002/art.24105
- Nagykaldi, Z., Mold, J., et Aspy, C. (2005). Practice facilitators: a review of the literature. *Family Medicine*, 37, 581 - 588.
- Newall, N., McArthur, J., et Menec, V. H. (2015). A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *Journal of Aging and Health*, 27(3), 500-518. doi:10.1177/0898264314552420
- O'Toole, L., Connolly, D., et Smith, S. (2013). Impact of an occupation-based self-management programme on chronic disease management. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 30-38.
- Omeni, E., Barnes, M., MacDonald, D., Crawford, M., et Rose, D. (2014). Service user involvement: impact and participation: a survey of service user and staff perspectives. *BMC Health Services Research*, 14(1), 491.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, Canada.
- Parker, S. J., Chen, E. K., Pillemer, K., Filiberto, D., Laureano, E., Piper, J., . . . Reid, M. C. (2012). Participatory adaptation of an evidence-based, arthritis self-management program: making changes to improve program fit. *Family & Community Health*, 35(3), 236-245.
- Petrova, M., Dale, J., Munday, D., Koistinen, J., Agarwal, S., et Lall, R. (2010). The role and impact of facilitators in primary care: findings from the implementation of the Gold Standards Framework for palliative care. *Family Practice*, 27, 38 - 47.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In É. Gaëtan Morin (Ed.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal: Poupert, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives].
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., et Miller, P. E. (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators,

- nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x
- Quick, L., Harman, S., Morgan, S., et Stagnitti, K. (2010). Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 95-101.
- Ramsey, R. (2007). *The professional expertise of community-practicing occupational therapists*. (Doctoral studies), University of San Francisco, San Francisco. (3263728)
- Raymond, M.-H., Demers, L., et Feldman, D. E. (2018). Differences in Waiting List Prioritization Preferences of Occupational Therapists, Elderly People, and Persons With Disabilities: A Discrete Choice Experiment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(1), 35-42.e31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.031>
- Raymond, M.-H., Feldman, D., Prud'homme, M.-P., Demers, L., Hunt, L. A., Bissett, M., et Slater, C. E. (2013). Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(12), 580-588. doi:10.12968/ijtr.2013.20.12.580
- Rea, D. M. (2004). Changing practice: involving mental health service users in planning service provision. *Social Work in Health Care*, 39(3-4), 325-342.
- Reed, K., et Hocking, C. (2013). Re-visioning practice through action research. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 181-188. doi:10.1111/1440-1630.12033
- Rittenhouse, D. R., Schmidt, L., Wu, K., et Wiley, J. (2013). Contrasting trajectories of change in primary care clinics: Lessons from New Orleans safety net. *Annals of Family Medicine*, 11(SUPPL. 1), S60-S67. doi:10.1370/afm.1493
- Roberts, A. S., Hopp, T., Sørensen, E. W., Benrimoj, S. I., Chen, T. F., Herborg, H., . . . Aslani, P. (2003). Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharmacy World & Science: PWS*, 25(5), 227-234.
- Ross, F., O'Tuathail, C., et Stubberfield, D. (2005). Towards multidisciplinary assessment of older people: Exploring the change process. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 518-529. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01085.x
- Rowe, J. W., et Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rycroft-Malone, J., Wilkinson, J., Burton, C. R., Harvey, G., McCormack, B., Graham, I., et Staniszewska, S. (2013). Collaborative action around implementation in Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care: towards a programme theory. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(3 Suppl), 13-26.
- Salsberg, J., Parry, D., Pluye, P., Macridis, S., Herbert, C., et Macaulay, A. (2015). Successful Strategies to Engage Research Partners for Translating Evidence into Action in Community Health: A Critical Review. *Journal of Environmental and Public Health*, 15 pages. doi:10.1155/2015/191856
- Shanley, C. (2007). Navigating the change process: the experience of managers in the residential aged care industry. *Journal of Organizational Change Management*, 20(5), 700-720. doi:[10.1108/09534810710779117](https://doi.org/10.1108/09534810710779117)
- Shaw, J. G., Farid, M., Noel-Miller, C., Joseph, N., Houser, A., Asch, S. M., . . . Flowers, L. (2017). Social isolation and Medicare spending: Among older adults, objective

- isolation increases expenditures while loneliness does not. *Journal of Aging and Health*, 29(7): 1119-1143.
- Stringer, E., et Genat, W. J. (2004). *Action Research in Health*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Sylvain, C., et Lamothe, L. (2012). Sensemaking: a driving force behind the integration of professional practices. *Journal of Health Organization and Management*, 26(6), 737-757. doi:10.1108/14777261211276998
- Teal, R., Bergmire, D. M., Johnston, M., et Weiner, B. J. (2012). Implementing community-based provider participation in research: an empirical study. *Implementation Science*, 7(1), 41-55. doi:10.1186/1748-5908-7-41
- Tousignant, M., Dubuc, N., Hébert, R., et Coulombe, C. (2007). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 1-7.
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*.
- Townsend, E., Langille, L., et Ripley, D. (2003). Professional tensions in client-centered practice: Using institutional ethnography to generate understanding and transformation. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(1), 17-28. doi:10.5014/ajot.57.1.17
- Trentham, B., et Cockburn, L. (2011). Promoting occupational therapy in a community health centre. In M. Thew, M. Edwards, S. Baptiste, et M. Molineux (Eds.), *Role Emerging Occupational Therapy: Maximising Occupation-Focused Practice*. (pp. 97-110). Oxford: Blackwell Wiley.
- Trentham, B., Cockburn, L., et Shin, J. (2007). Health promotion and community development: An application of occupational therapy in primary health care. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26(2), 53-70. doi:10.7870/cjcmh-2007-0028
- Trentham, B., et Neysmith, S. (2017). Exercising senior citizenship in an ageist society through participatory action research: A critical occupational perspective. *Journal of Occupational Science*. doi:10.1080/14427591.2017.1402809
- Trois conseils. (2010). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains - 2*. Ottawa, Canada: <http://www.ger.ethique.gc.ca/>.
- Turcotte, M., et Schellenberg, G. (2007). *A portrait of seniors in Canada 2006*. Ottawa: Statistics Canada.
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., et Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. doi:10.1111/1440-1630.12174
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Roy, V., et Levasseur, M. (2018). Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. doi:10.1177/0308022617752067
- Turcotte, P.-L., Larivière, N., Desrosiers, J., Voyer, P., Champoux, N., Carbonneau, H., . . . Levasseur, M. (2015). Participation needs of older adults having disabilities and

- receiving home care: Met needs mainly concern daily activities, while unmet needs mostly involve social activities. *BMC Geriatrics*, 15(1), 95. doi:10.1186/s12877-015-0077-1
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., et Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. doi:10.1136/heartjnl-2015-308790
- van Haeften-van Dijk, A. M., Meiland, F. J. M., van Mierlo, L. D., et Dröes, R. M. Transforming nursing home-based day care for people with dementia into socially integrated community day care: Process analysis of the transition of six day care centres. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1310-1322. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.009
- Vian, T., Koseki, S., Feeley, F. G., et Beard, J. (2013). Strengthening capacity for AIDS vaccine research: analysis of the Pfizer Global Health Fellows Program and the International AIDS Vaccine Initiative. *BMC Health Services Research*, 13, 378. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-378>
- Walker, M. F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., . . . Parker, C. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35(9), 2226-2232.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., et Stillman, L. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 171 - 181.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Wilding, C. (2011). Raising awareness of hegemony in occupational therapy: The value of action research for improving practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 293-299. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00910.x
- Wong, S. T., Browne, A., Lavoie, J., Macleod, M. L. P., Chongo, M., et Ulrich, C. (2015). Incorporating group medical visits into primary healthcare: Are there benefits? *Healthcare Policy*, 11(2), 27-42.
- Wood, R., Fortune, T., et McKinstry, C. (2013). Perspectives of occupational therapists working in primary health promotion. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 161-170. doi:10.1111/1440-1630.12031
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Madrid, Spain.
- Yancey, A. K. (2009). The meta-volition model: Organizational leadership is the key ingredient in getting society moving, literally! *Preventive medicine*, 49(4), 342-351. doi:10.1016/j.ypmed.2009.09.004
- Yeatman, H. R., et Nove, T. (2002). Reorienting health services with capacity building: A case study of the Core Skills in Health Promotion Project. *Health Promotion International*, 17(4), 341-350. doi:10.1093/heapro/17.4.341
- Young, F., et Glasgow, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362.
- Zakrajsek, A. G., Schuster, E., Guenther, D., et Lorenz, K. (2013). Exploring older adult care transitions from hospital to home: A participatory action research project. *Physical*

- & *Occupational Therapy in Geriatrics*, 31(4), 328-344. doi:10.3109/02703181.2013.825362
- Zingmark, M., Fisher, A. G., Rocklöv, J., et Nilsson, I. (2014). Occupation-focused interventions for well older people: An exploratory randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 447-457. doi:10.3109/11038128.2014.927919
- Zingmark, M., Nilsson, I., Fisher, A. G., et Lindholm, L. (2016). Occupation-focused health promotion for well older people — A cost-effectiveness analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 153-162. doi:10.1177/0308022615609623

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1

FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'INTÉGRATION DES PRATIQUES

Tableau 8

Synthèse des facteurs pouvant influencer l'intégration des pratiques en milieu
communautaire^δ (n = 46)

Système	<i>Contexte élargi dans lequel un service de santé évolue, incluant, par exemple, son mandat et le financement qui lui est alloué (Chaudoir et coll., 2013)</i>
(+)	<ul style="list-style-type: none"> • Octroi de ressources en adéquation avec les besoins ^[1-8] • Volonté politique en prévention et promotion de la santé ^[1, 7, 9-12] • Vision à long terme basée sur les déterminants sociaux de la santé ^[1, 5, 13, 14] • Connaissance du contexte socio-historique ^[15] • Contexte favorable à l'implication des usagers ^[9, 11, 12]
(-)	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du financement par les bailleurs de fonds ^[7, 8, 13, 16-19] • Manque de clarté sur la définition des services communautaires ^[1, 7] • Perte de la valeur de "soutien" ^[20] et culture de gestion de crise ^[21] • Mentalité de gratification instantanée ^[1] • Politisation des décisions ^[21] • Compatibilité de la mission des organismes communautaires ^[12]
Organisation	<i>Aspects d'une organisation dans lesquels le service de santé se développe, tels que la culture organisationnelle, le type de leadership et le climat de travail (Chaudoir et coll., 2013)</i>
(+)	<ul style="list-style-type: none"> • Incitatif au travail d'équipe ^[10, 11, 13, 17, 22-25] et en partenariat ^[4, 11-14, 16, 17, 24, 26-28] • Leadership collaboratif et flexible ^[1, 2, 4-7, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 25, 28-32] • Pilotage et rétroaction dans le changement ^[2, 3, 5, 6, 10, 12, 13, 17, 21, 23, 26, 29, 32-34] • Communication sur le processus de changement ^[1, 2, 4, 5, 11, 15, 18, 19, 21, 25, 32, 35] • Délais suffisants pour mener le changement ^[1, 4, 5, 10, 11, 21] • Importance allouée à la créativité et à l'innovation ^[1, 2, 6-8, 10, 14, 21, 31] • Climat de confiance et sentiment d'appartenance ^[1, 2, 18, 29, 32, 36, 37] • Facilitation de la pratique et immersion sur le terrain ^[14, 29, 32, 33, 38-40] • Entente de partenariat établissant la répartition des rôles ^[7, 23, 25, 32]
(-)	<ul style="list-style-type: none"> • Multisectorialité de la santé et difficulté de réunir tous les partenaires ^[1, 7] • Relations de pouvoir déséquilibrées ^[1, 9, 13, 29] • Attentes trop élevées en regard du changement ^[1, 17] • Manque de considération des aspects émotifs (inconfort, incertitude) ^[20, 22] • Divergence de point de vue et de priorités au sein de l'organisation ^[13, 19, 29, 37] • Climat de compétition ^[7, 8, 16, 29] • Perception négative des évidences scientifiques par les décideurs ^[21] • Manque d'interaction entre les décideurs et les chercheurs ^[14, 17, 21] • Taille trop grande de l'organisation ^[18] • Roulement dans les décideurs et manque de transfert d'information ^[7]
Professionnel	<i>Caractéristiques des individus qui interagissent auprès des usagers, notamment leur attitude à l'égard des meilleures pratiques ou leur ouverture au changement (Chaudoir et coll., 2013)</i>
(+)	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement et motivation à changer ^[1, 3, 6, 10, 11, 18, 19, 28, 37] • Rôle d'agent de changement ^[30, 41] et présence de «champions» ^[2, 10, 14, 17, 29] • Participation active au processus réflexif et à l'analyse ^[4, 10, 23, 31, 32, 42] • Ouverture à l'amélioration continue de la pratique ^[1, 6, 10, 17, 18] • Réseautage entre pairs et organisations professionnelles ^[5, 17, 19, 25, 34]

	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude et aptitudes à la collaboration [1, 17, 18] • Littératie en recherche [6, 18, 21] • Pouvoir d’agir des professionnels qui effectuent le changement [4, 6, 11] • Compréhension partagée du changement visé [3, 10]
(-)	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de support aux professionnels [1, 7, 8, 20, 31] • Méfiance [12, 29, 36], incertitudes [24] et craintes de pertes d’emploi [20] • Difficulté à donner du sens aux directives de changement [13, 22, 29] • Résistance au changement [7, 21, 29] • Expériences négatives vécues par le passé [1, 17] • Sentiment de contrôle limité sur le changement [22]
Usagers	<i>Caractéristiques de ces individus qui influencent les effets d’une pratique en santé, incluant la motivation à s’engager dans celle-ci (Chaudoir et coll., 2013)</i>
(+)	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des usagers dans le processus de changement [4, 12, 13, 26, 27, 32, 43, 44] • Flexibilité de l’approche utilisée pour faciliter l’adhésion d’usagers [4, 23, 32] • Initiation et accompagnement dans la participation [12, 23] • Échantillonnage ouvert, théorique et par convenance [32]
(-)	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation et de connaissances de la recherche [12, 45] • Difficulté à atteindre le groupe cible lorsque populations vulnérables [7] • Difficulté à partager le contrôle entre chercheurs, acteurs et usagers [12] • Difficulté à participer aux projets lorsque l’état de santé est fragile [12]
Pratiques émergentes	<i>Aspects du changement qui est adopté, par exemple le type d’interventions ou le mode d’organisation (Chaudoir et coll., 2013)</i>
(+)	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle guidant l’élaboration d’objectifs collectifs [3, 5-7, 12, 14, 15, 18, 26, 27, 30, 32] • Participation du public et des organismes communautaires [1, 4, 6, 8, 15, 23, 27, 32] • Combinaison d’actions à différents niveaux [4, 6, 11, 12, 14, 19, 32] • Combinaison des savoirs expérientiels et d’expertise [4, 11, 19, 23] • Compréhension du changement d’une perspective de la complexité [4, 11, 15, 21] • Intervention précoce [1], proactive [5] et visant la continuité [2, 13] • Appui des pratiques sur les évidences scientifiques [6, 15] • Utilisations de rappels pour soutenir au quotidien le changement [5, 15] • Durabilité de l’implication dans le changement [10, 37] • Essai possible et requérant un nombre limité de ressources [6] • Alignement et cohérence avec les politiques de santé [7]
(-)	<ul style="list-style-type: none"> • Frustration et conflits découlant de l’incertitude des résultats [15, 20, 29, 46] • Surcharge de travail associée au changement [7, 20, 29] • Manque de pertinence des évidences scientifiques [14, 21] • Manque de continuité des pratiques [22]

⁸Les références complètes se retrouvent à la section « Références » du présent mémoire; 1.Casebeer (2000); 2.Bleser (2014); 3.Covill (2012); 4.Lasker (2003); 5.Leeman (2015); 6.Masso (2009); 7.van Haeften-van Dijk (2015); 8.Teal (2012); 9.Borg (2009); 10.Ham (2008); 11.Judd (2013); 12.Charlebois (2014); 13.Arar (2011); 14.Knight (2014); 15.Booth (2013); 16.Goldberg (2012); 17.Ploeg (2007); 18.Wandersman (2008); 19.Rycroft-Malone (2013); 20.Denton (2002); 21.Humphrie (2014); 22.Allan (2014); 23.Bernier (2014); 24.Ross (2005); 25.Roberts (2003); 26.Garon (2013); 27.Illiffe (2002); 28.Yeatman (2002); 29.Liddy (2014); 30.Yancey (2009); 31.Shanley (2007); 32.Salsberg (2015); 33.Nagykaldi (2005); 34.Parker (2012); 35.Lundgren (2013); 36.Rea (2004); 37.Rittenhouse (2013); 38.Baskerville (2012); 39.Harvey (2002); 40.Petrova (2010); 41.Anderson-Carpenter (2013); 42.Kaplan (2006); 43.Omeni (2014); 44.Macaulay (1999); 45.Vian (2013); 46.Jagosh (2012).

ANNEXE 2
ENTENTE DE PARTENARIAT

Historique du projet

Ce modèle d'entente de partenariat a été présenté aux partenaires du projet de Développement de partenariat intitulé « La participation sociale des aînés : des savoirs à l'action ». Les membres de ce partenariat ont été invités à commenter ce dernier suite à un envoi par courriel en février 2015, puis a été validé en juin 2015.

Objectifs de l'entente de partenariat

Cette entente de partenariat a pour principal objectif d'améliorer le travail en partenariat en clarifiant les modalités au fondement du partenariat.

Il peut être utilisé par les membres du Comité directeur du partenariat sur la participation sociale des aînés (candidat, cochercheurs, collaborateurs et partenaires) dans le déploiement de leur relation partenariale et par les différents partenaires dans le cadre de la planification, l'organisation et la mise en œuvre de leurs projets spécifiques.

Le principal objectif de cette entente de partenariat est de favoriser un travail en partenariat optimal.

Utilisation de l'entente de partenariat

Cette entente de partenariat doit être utilisée en début de projet. Les partenaires sont alors invités à cibler les éléments de contenu qu'ils désirent rendre clairs à l'intérieur de leur entente de partenariat.

Cette entente de partenariat est de nature flexible. Il peut être ajusté en fonction des objectifs fixés par les partenaires. Des éléments de contenu peuvent y être ajoutés, d'autres enlevés. Il s'agit d'un outil de travail qui appartient au partenariat et aux partenaires.

L'entente de partenariat est disponible en ligne : <https://www.ivpsa.ulaval.ca/publications>

CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

Partenaires

La liste détaillée des représentants de chaque organisme est présentée à la fin de cette entente de partenariat.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité], Organisme [nom de l'organisme retiré à des fins de confidentialité], Organisme Présâges – Trajectoires, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), Association canadienne des ergothérapeutes.

Ce projet est financé par une bourse de maîtrise pour détenteur de diplôme professionnel du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et la Fondation canadienne d'ergothérapie.

Ce projet de recherche-action participative vise à repenser la pratique des ergothérapeutes au soutien à domicile (SAD) en impliquant différents partenaires touchés par la participation sociale des aînés.

Nature des besoins à répondre

Cette entente de partenariat cherche à préciser les modalités de participation au partenariat afin que le déploiement soit clair pour tous.

Objectifs recherchés par la mise en œuvre de l'entente de partenariat

Assurer un engagement optimal des membres (personnes et organisations) du comité de pilotage envers le projet et une compréhension de leurs rôles et de leurs responsabilités.

Objectifs recherchés par la mise en œuvre du projet

Le projet vise à 1) identifier des pratiques ergothérapiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, 2) explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes; et 3) identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques au SAD.

Clientèle desservie

Le projet implique les ergothérapeutes œuvrant en SAD, les aînés ayant des incapacités et recevant des services de SAD et les intervenants du milieu communautaire.

Territoire desservi

L'ensemble du territoire desservi par le CLSC [nom du CLSC retiré à des fins de confidentialité].

Mécanismes de communication et de suivi

Ce point sert à spécifier les moyens de communication privilégiés par les partenaires. Il est également utile de préciser ici à qui les partenaires doivent se référer (coordination du comité).

Les informations et les documents relatifs au projet et son évolution seront transmis aux différents partenaires lors de la convocation aux rencontres de comité de pilotage par l'étudiant-chercheur et coordonnateur du comité de pilotage, c'est-à-dire Pier-Luc Turcotte. Entre les rencontres, les informations pertinentes seront acheminées aux partenaires par voie de courrier électronique.

Pour la durée du projet, trois rencontres serviront à réunir l'ensemble des partenaires afin d'échanger et faire avancer le projet. Des rencontres en comité restreint pourraient aussi être convoquées impliquant un nombre limité de partenaires, déterminés en fonction de leur disponibilité et des sujets traités pour ces rencontres.

Respect des règles de confidentialité et d'accès à l'information

Les données recueillies par le biais de cette recherche sont entièrement confidentielles. Les données recueillies seront conservées sous clé dans les bureaux de Mélanie Levasseur au Centre de recherche sur le vieillissement et les seules personnes qui y auront accès seront les membres restreints de l'équipe de recherche, c'est-à-dire Pier-Luc Turcotte, Mélanie Levasseur et Annie Carrier.

Lors de l'analyse des données, certains membres du comité de pilotage seront impliqués. À cette étape, les données auront été anonymisées avant de procéder au traitement des données afin d'en assurer la confidentialité.

Modalités de modification ou de suspension du projet

Advenant le cas où un membre représentant une organisation partenaire doive ou veuille se retirer du projet, ce dernier devra, dans un premier temps, en informer l'étudiant-chercheur, Pier-Luc Turcotte, qui assurera la coordination du comité de pilotage. Dans un deuxième temps, si l'organisation souhaite poursuivre son engagement au sein du partenariat, il devra assurer le transfert de son mandat de représentation au sein du comité à une tierce personne de son organisation et lui transmettre les informations pertinentes sur le projet. La nouvelle personne devra à son tour signer cette entente de partenariat.

Temps investi

Les partenaires investiront le temps requis au projet afin de respecter leur mandat et l'échéancier fixé. Il est entendu que le temps investi pourra varier dans le temps selon la phase du projet et d'un partenaire à l'autre selon les mandats respectifs.

Durée de la collaboration

Cette entente de partenariat est valide pour la durée du partenariat, soit de 4 ans, ce qui comprend la durée du projet de maîtrise de l'étudiant-chercheur suivi de son doctorat. Le partenariat débutera lors de la première rencontre du comité de pilotage, en janvier 2016, et se terminera à la fin des études doctorales de l'étudiant-chercheur. Advenant que le partenariat doive se poursuivre au-delà de cette période, cette entente de partenariat sera mise à jour, puis signée par l'ensemble des partenaires.

Valeurs et principes auxquels adhèrent les partenaires :

- Le RESPECT des pratiques, des compétences et des missions de chacun des partenaires;
- La RECONNAISSANCE de tous les partenaires afin de promouvoir une relation égalitaire;
- La RESPONSABILISATION des partenaires en vue d'honorer les tâches et les mandats qui nous sont confiés;
- L'INTERDÉPENDANCE entre chacun des partenaires, c'est-à-dire favoriser la collaboration, la participation et la complémentarité;
- L'IMPUTABILITÉ SOCIALE, en s'assurant que les résultats du partenariat bénéficient à la clientèle visée, à savoir les aînés ayant des incapacités et vivant à domicile;
- La TRANSPARENCE assurée par chacun des partenaires contribuant ainsi à prévenir des conflits d'intérêt potentiels.

▪ Aux responsabilités communes suivantes :

- S'assurer qu'il y a un besoin pour un tel projet dans le milieu et son organisation;
- S'assurer qu'il y a une volonté de son organisation de participer à un tel projet;
- S'assurer que le projet cadre dans la mission de son organisation;
- S'assurer d'une compréhension du projet et de sa philosophie par son organisation;

- Dans le respect des règles de la confidentialité, informer les personnes de l'organisme sur le projet et son évolution (intervenants, bénévoles, usagers, employés, etc.);
- Nommer un répondant de son organisation qui participera au comité dont le mandat est de :
 - Assurer une présence aux rencontres
 - Définir les grandes orientations du projet;
 - Discuter des ajustements à apporter au projet s'il y a lieu;
 - Assurer le partage et la circulation des informations sur l'évolution du projet auprès des membres du comité.

ENTENTE SPÉCIFIQUE DE COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES

Les rôles et les responsabilités de chaque partenaire

CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] s'engage à :

- Soutenir les professionnels du SAD, notamment les ergothérapeutes, dans leur démarche d'amélioration continue de leur pratique;
- Promouvoir l'implication des usagers-partenaires dans l'amélioration des services SAD;
- Libérer du temps aux intervenants, notamment les ergothérapeutes, afin qu'ils puissent se rencontrer sous forme de comité de pairs;
- Contribuer au recrutement de participants, notamment via les professionnels de la santé du SAPA;
- Diffuser les résultats des travaux de recherche auprès de différents utilisateurs de connaissances, dont les gestionnaires du CIUSSS, les professionnels de la santé, etc.

Organisme [nom retiré à des fins de confidentialité] s'engage à :

- Soutenir les intervenants de l'organisme, rémunérés ou non, dans leur démarche de développement de partenariat et d'amélioration de leur pratique;
- Promouvoir l'implication des usagers-partenaires dans l'amélioration des services;
- Libérer du temps aux intervenants de l'organisme, rémunérés ou non, afin qu'ils puissent se rencontrer sous forme de comité de pairs;

- Contribuer au recrutement de participants, notamment via les intervenants de l'organisme;
- Informer sur les résultats des travaux de recherche auprès de différents utilisateurs de connaissances, dont les intervenants, les personnes fréquentant l'organisme, etc.

Présâges – Trajectoires s'engage à :

- Soutenir les membres du comité de pilotage dans le développement du partenariat;
- Soutenir les membres de l'équipe de recherche dans la facilitation du changement de la pratique des ergothérapeutes au SAD;

L'équipe de recherche s'engage à :

- Dispenser la formation sur l'approche et les outils d'interventions;
- Dispenser la formation sur les notions de participation sociale des aînés;
- Assurer un soutien dans les différentes ressources implantant les pratiques favorisant la participation sociale des aînés;
- Évaluer l'impact du changement de pratiques entre les divers partenaires tant sur les utilisateurs de services SAD que sur les professionnels et intervenants;
- Évaluer la concertation et le partenariat vécus entre les partenaires du comité de pilotage (conditions de réussite et obstacles);
- Évaluer l'expérience vécue par les professionnels et intervenants des organisations partenaires dans la mise en œuvre de pratiques favorisant la participation sociale des aînés.

ANNEXE 3
GRILLE D'ÉVALUATION DU PARTENARIAT

Guide d'utilisation de la grille d'évaluation du partenariat

Mise en contexte

La grille d'évaluation du partenariat a été élaborée dans un premier temps en 2001 dans le cadre de la maîtrise en Loisir, culture et tourisme du département d'Études en loisir, culture et tourisme de l'Université du Québec à Trois-Rivières¹. La recension des écrits effectuée alors sur les conditions de succès du partenariat a permis de classer ces dernières sous quatre dimensions : 1) Les motivations à agir ensemble; 2) Le travail en équipe qui réfère aux relations entre les partenaires et à leur pertinence; 3) La mise en œuvre du partenariat. Quatre conditions semblent d'intérêt majeur dans cette dimension : la définition des attentes; le pouvoir d'agir; la planification du processus; le leadership mobilisateur. 4) Le suivi du processus, c'est-à-dire l'évaluation régulière des autres dimensions (les motivations, le travail en équipe et l'organisation).

Cette grille fut mise à jour et utilisée à cinq reprises par la suite, lors d'études empiriques. La version la plus récente de cette grille a été présentée aux partenaires du projet de Développement de partenariat intitulé « La participation sociale des aînés : des savoirs à l'action ». Les membres de ce partenariat ont amélioré et validé les conditions de la grille à deux reprises : 1) lors de la rencontre du Comité directeur du partenariat le jeudi 23 octobre au Tam Tam Café situé au 421, Boulevard Langelier, Québec; 2) suite à un envoi de la grille par courriel en février 2015 à tous les partenaires.

Objectifs de la grille

Cette grille a pour principal objectif d'améliorer le travail en partenariat en identifiant les conditions jugées importantes et essentielles par les partenaires et en évaluant le niveau de satisfaction de chacune des conditions ciblées.

Cette grille peut être utilisée par les membres du Comité directeur du partenariat sur la participation sociale des aînés (candidat, chercheurs, collaborateurs et partenaires) dans le déploiement de leur relation partenariale. Les objectifs visés sont alors :

- Favoriser un travail en partenariat optimal
- Améliorer la grille d'évaluation du partenariat
- Saisir les retombées du partenariat

¹ Fortier, J. (2002). *Proposition d'un cadre de référence en concertation*. Mémoire de maîtrise en Loisir, culture et tourisme. Université du Québec à Trois-Rivières.

Dans un deuxième temps, cette grille a pour objectif d'outiller les membres du partenariat sur la participation sociale des aînés, dans la planification, l'organisation et la mise en œuvre de leurs projets spécifiques. Les objectifs visés sont alors :

- Favoriser un travail en partenariat optimal
- Améliorer la grille d'évaluation du partenariat

Utilisation de la grille

Cette grille doit être utilisée en deux temps.

1) En début de projet, les partenaires sont invités à cibler les conditions du partenariat considérées importantes ou essentielles. Les conditions peuvent être visées dans un premier temps de façon individuelle, mais elles doivent être discutées par la suite entre les partenaires en vue de déterminer celles qui seront retenues.

2) Une fois le projet mené en partenariat bien entamé, les partenaires sont invités à évaluer leur satisfaction quant à l'atteinte des conditions préalablement ciblées. Des commentaires peuvent être ajoutés, favorisant ainsi une analyse plus approfondie. Cette seconde étape peut être effectuée à plusieurs reprises au cours du partenariat.

Cette grille est de nature flexible. Elle peut être ajustée en début ou en cours de processus. Des conditions peuvent y être ajoutées, d'autres enlevées. Le niveau d'importance accordé à chacune des conditions en début de démarche peut être modifié en cours de route. Il s'agit d'un outil de travail qui appartient au partenariat et aux partenaires.

À l'intérieur de la grille, trois questions sont posées :

- a. Quel niveau d'importance accordez-vous à chacune des conditions énoncées à l'intérieur de la grille pour la réussite de votre partenariat? (encerclez le chiffre correspondant)
- b. Quel est votre niveau de satisfaction de l'atteinte de chacune des conditions jugées préalablement importantes pour la réussite de votre partenariat? (encerclez la réponse correspondante)
- c. Avez-vous des commentaires sur chacune des grandes étapes du partenariat (inscrire ces derniers dans l'espace prévu à cet effet).

La grille d'évaluation est disponible en ligne : <https://www.ivpsa.ulaval.ca/publications>

- A - LES CONDITIONS PRÉALABLES AU DÉMARRAGE DU PARTENARIAT	Sans importance	Secondaire	Importante	Essentielle	Insatisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne s'applique pas
	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
A 1 : Motivations au partenariat	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une nécessité bien ressentie par les participants de travailler en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les participants sont motivés à travailler en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les orientations du projet fait en partenariat cadrent dans la mission de mon organisation.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
A 2 : Relations avec les partenaires	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
Il y a implication de tous les acteurs utiles à l'atteinte des résultats au sein du partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a un engagement formel des participants envers le partenariat (ex. : entente de partenariat signée).	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une relation de confiance entre les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une relation de respect entre les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une reconnaissance réciproque entre les chercheurs et les partenaires du milieu réunis en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les participants possèdent les habiletés pour agir et interagir en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les participants possèdent l'attitude pour agir et interagir en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les aînés sont impliqués au sein du projet fait en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Commentaires et recommandations sur les conditions préalables au démarrage du partenariat (ex. : attentes) :									

- B - L'ORGANISATION DU PARTENARIAT Structuration des objectifs, des tâches et des rapports entre les partenaires	Sans importance	Secondaire	Importante	Essentielle	Insatisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne s'applique pas
B 1 : Attentes des participants	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
Il y a une compréhension commune du projet et de ses enjeux par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a compréhension de ce qu'est la recherche et comment elle s'insère au projet par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les attentes individuelles sont clairement définies et comprises par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les attentes communes sont clairement définies et comprises par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
B 2 : Pouvoir d'agir du groupe de partenaires	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
Un fonctionnement démocratique a été établi entre tous les participants au partenariat (partage démocratique du pouvoir).	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Mon organisation fait preuve de solidarité et d'engagement envers le partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Mon organisation voit une valeur ajoutée à sa participation au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
À titre de participant mandaté par mon organisation, je possède le pouvoir de prendre des décisions en partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
L'équipe de partenaires possède les ressources nécessaires à la réalisation du projet (ex. : humaines, matérielles et financières).	1	2	3	4	1	2	3	4	0
B 3 : Planification de l'action en partenariat	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
Un plan d'action a été élaboré par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les rôles et les responsabilités des participants au partenariat sont clairement définis et acceptés par tous.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
L'expertise et les forces de chaque participant au partenariat sont reconnues.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Un langage compréhensible est utilisé par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les informations pertinentes circulent de façon efficace au sein du groupe de partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Un échéancier commun a été élaboré par les participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Les mandats des partenaires sont réalisés dans les délais et échéances prévus.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Des moyens sont prévus pour assurer une traçabilité de la démarche de partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0

B 4 : Organisation et leadership	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
Un ou des leaders sont identifiés au sein du groupe de partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Une autorité est déléguée au(x) leader(s) à l'intérieur du groupe de partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Le ou les leaders du groupe de partenariat agissent démocratiquement.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Le rôle et les responsabilités du leader ou des leaders ont été clairement identifiés (médiation, arbitre, guide, etc.).	1	2	3	4	1	2	3	4	0
La méthode de travail utilisée par le groupe de partenariat est efficace.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Des mécanismes existent afin d'intégrer des nouveaux participants au partenariat en cours de projet (mise à jour, suivi, etc.).	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Des mécanismes existent pour gérer et résoudre les conflits au sein du groupe de partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Commentaires et recommandations sur les conditions concernant l'organisation du partenariat (ex. : attentes) :									
- C - LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU PARTENARIAT	Sans importance	Peu important	Important	Très important	Insatisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne s'applique pas
C 1 : Suivi et évaluation du partenariat au terme du projet	- 1 - Importance				- 2 - Satisfaction				
Une évaluation de l'engagement, des rôles et des responsabilités des participants au partenariat est prévue au moment approprié.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une évaluation de l'action collective (travail d'équipe) des participants au partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une évaluation de l'atteinte des objectifs (résultats).	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Il y a une évaluation de la pertinence de poursuivre le partenariat.	1	2	3	4	1	2	3	4	0
Commentaires et recommandations sur les conditions concernant le suivi et l'évaluation du partenariat (ex. : attentes) :									

ANNEXE 4

LETTRE D'INVITATION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE (PAR COURRIEL)

Objet : Invitation à participer à une recherche : ergothérapeutes au [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]

Bonjour chers ergothérapeutes au soutien à domicile,

Je communique avec vous afin de solliciter votre participation à mon projet de recherche, sous la direction des Pres Mélanie Levasseur et Annie Carrier, qui a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité].

En tant qu'ergothérapeute au SAD, il vous arrive fréquemment d'intervenir pour favoriser l'autonomie fonctionnelle et la sécurité des aînés en perte d'autonomie vivant à domicile. De plus, il est aussi possible pour vous de favoriser la participation sociale des aînés à des activités significatives. Bien que ce soit une possibilité efficace, ces interventions ergothérapeutes demeurent difficiles à intégrer au SAD. Or, on connaît peu les facteurs qui soutiennent ou freinent l'intégration de ces interventions à votre pratique au SAD, de même que les façons de la changer. Mieux connaître ces facteurs pourrait permettre de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD de façon à soutenir davantage la réalisation d'interventions de participation sociale des aînés. L'objectif du présent projet est donc de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD en vue de favoriser davantage la participation sociale des aînés.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous serez d'abord rencontré dans un endroit privé de votre choix (votre bureau ou autre) pour procéder à l'explication des objectifs du projet et les méthodes de collecte. Ensuite, durant deux à trois semaines pendant votre travail, vous devrez identifier, à l'aide d'un journal de bord, des facteurs qui soutiennent ou limitent votre pratique en lien avec la participation sociale des aînés ayant des incapacités. Au terme de ces semaines, un groupe de discussion portant sur les éléments identifiés sera réalisé avec des ergothérapeutes au SAD. Une rencontre de 120 minutes sera nécessaire pour ce groupe de discussion. Les groupes de discussion auront lieu dans votre milieu de travail et seront enregistrées sur bande audio. À la suite de cette rencontre, il est aussi possible que je vous contacte par téléphone pour explorer davantage ou valider certains aspects.

Je communiquerai avec vous par téléphone dans la semaine qui vient afin de répondre à vos questions et vérifier votre intérêt à participer à ce projet. Veuillez m'indiquer le meilleur moment pour vous rejoindre cette semaine.

Veuillez agréer mes meilleures salutations,

Pier-Luc Turcotte erg., M.erg.

Étudiant à la maîtrise recherche en sciences de la santé (santé communautaire)

Université de Sherbrooke

Centre de recherche sur le vieillissement

ANNEXE 5

LETTRE D'INVITATION DE L'INTERVENANT COMMUNAUTAIRE (PAR COURRIEL)

Objet : Invitation à participer à une recherche : intervenants communautaires auprès des aînés vivant à domicile

Bonjour chers intervenants du milieu communautaire des aînés,

Je communique avec vous afin de solliciter votre participation à mon projet de recherche, sous la direction des Pres Mélanie Levasseur et Annie Carrier, qui a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]. Vous avez été identifié par [nom de la représentante d'organismes et membre du comité de pilotage retiré à des fins de confidentialité].

En tant qu'intervenant communautaire, il vous arrive fréquemment d'intervenir pour optimiser l'autonomie et briser l'isolement des aînés ayant des incapacités et vivant à domicile. De plus, vos actions permettent de favoriser la participation sociale des aînés à des activités significatives. Bien que ce soit une possibilité d'intervention en contexte de soutien à domicile (SAD), ces pratiques demeurent difficiles à intégrer à la pratique des professionnels et les besoins des aînés sont peu répondus. Or, on connaît peu les facteurs qui soutiennent ou freinent l'intégration de ces interventions au SAD, notamment par les ergothérapeutes. À ce jour, aucune étude n'a cherché, avec les partenaires du milieu communautaire, à amorcer un changement, dans notre cas, de la pratique des ergothérapeutes au SAD de façon à favoriser la participation sociale des aînés ayant des incapacités. L'objectif du présent projet est donc de repenser la pratique des ergothérapeutes au SAD en vue de favoriser davantage la participation sociale des aînés.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous serez d'abord rencontré à l'endroit de votre choix (dans les locaux de votre organisme ou autre) pour vous expliquer les objectifs du projet et les méthodes de collecte prévues. Ensuite, durant deux à trois semaines, vous serez invités à identifier, à l'aide d'un journal de bord, des facteurs qui influencent votre capacité de favoriser la participation sociale des aînés ayant des incapacités. Au terme de ces semaines, un groupe de discussion sera réalisé avec d'autres intervenants communautaires du territoire afin de réfléchir en réponse à des questions en lien avec les éléments que vous auriez identifiés dans votre journal de bord. Une rencontre de 120 minutes sera nécessaire pour ce groupe de discussion. Les groupes de discussion auront lieu dans les locaux de votre organisme [nom de l'organisme retiré à des fins de confidentialité] et seront enregistrées sur bande audio. À la suite de cette rencontre, il est aussi possible que je vous contacte par téléphone pour explorer davantage ou valider certains aspects.

Je communiquerai avec vous par téléphone dans la semaine qui vient afin de répondre à vos questions et vérifier votre intérêt à participer à ce projet.

Veuillez agréer mes meilleures salutations,

Pier-Luc Turcotte erg., M.erg.

Étudiant à la maîtrise recherche en sciences de la santé (santé communautaire)

Université de Sherbrooke

Centre de recherche sur le vieillissement

ANNEXE 6
JOURNAL DE BORD (ERGOTHÉRAPEUTES)

Journal de bord (ergothérapeutes)

Ce journal de bord sera utile pour vous préparer au groupe de discussion. Notez-y vos idées et vos réflexions par rapport à la pratique des ergothérapeutes en lien avec la participation sociale.

Rappel : La participation sociale est définie comme l'implication d'une personne dans toutes les activités qui lui procure des interactions avec d'autres personnes dans la communauté, ce qui inclut les activités sociales et les loisirs.

Comment favorisez-vous ou favoriserez-vous davantage la participation sociale des aînés?	Si vous changiez votre pratique au soutien à domicile pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, quels facteurs pourraient influencer ce changement...		Quelles actions ou moyens devraient être déployés pour mener ces changements?
	... favorablement?	... défavorablement?	

ANNEXE 7

JOURNAL DE BORD (AUTRES INFORMATEURS CLÉS)

Journal de bord (autres informateurs clés)

Ce journal de bord sera utile pour vous préparer au groupe de discussion. Notez-y vos idées et vos réflexions par rapport à la pratique des ergothérapeutes en lien avec la participation sociale.

Rappel : *La participation sociale est définie comme l'implication d'une personne dans toutes les activités qui lui procure des interactions avec d'autres personnes dans la communauté, ce qui inclut les activités sociales et les loisirs.*

Comment la participation sociale des aînés est ou pourrait être favorisée par les ergothérapeutes au soutien à domicile?	Si vous aviez à changer la pratique des ergothérapeutes au soutien à domicile pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, quels facteurs pourraient influencer ce changement...		Quelles actions ou moyens devraient être déployés pour mener ces changements?
	... favorablement?	... défavorablement?	

ANNEXE 8
GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE SEMI-STRUCTURÉ
(ERGOTHÉRAPEUTES)

Rappel des objectifs (pour le chercheur) : Repenser la pratique des ergothérapeutes œuvrant au SAD.

1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, **2)** explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes; **3)** identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques.

Notre rencontre vise à m'aider à **mieux comprendre comment repenser la pratique des ergothérapeutes** au soutien à domicile (SAD) en vue de favoriser la participation sociale des aînés. **La participation sociale est définie** comme l'implication d'une personne dans les activités qui procurent des interactions avec d'autres personnes dans la communauté, cela inclut les activités sociales et les loisirs. Aujourd'hui, nous allons discuter plus spécifiquement des possibilités de promouvoir la participation sociale des aînés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Avez-vous des questions? Décrivez-moi votre pratique courante au SAD, c.-à-d. les interventions que vous faites actuellement auprès des aînés ayant des incapacités.

1. Nous allons maintenant discuter des possibilités de pratiques ergothérapeutiques favorisant la participation sociale.

1.1 Quelles possibilités de favoriser la participation sociale existent, s'il y en a?

1.2 Il existe d'autres possibilités ergothérapeutiques d'intervenir sur la participation sociale des aînés. Dans quelle mesure ces possibilités sont-elles intégrées à votre pratique? Comment voyez-vous ces possibilités? Quels avantages y voyez-vous? Quels inconvénients?

1.3 **Si vous aviez à choisir** parmi les possibilités identifiées et celles recensées, lesquelles pourraient, selon vous, être intégrées à votre pratique au SAD auprès des aînés ayant des incapacités?

2. Certains facteurs peuvent soutenir ou limiter l'intégration au SAD de ces pratiques de participation sociale.

2.1 Quels aspects de votre pratique pourraient influencer votre capacité d'y intégrer ces interventions de participation sociale?

2.1.1 Qu'est-ce qui facilite leur intégration [voir encadré]?

2.1.2 Qu'est-ce qui nuit à leur intégration [voir encadré]?

3. Nous discuterons des actions nécessaires pour favoriser davantage la participation sociale.

3.1 Quelles actions mettriez-vous en place afin d'intégrer ces interventions à votre pratique au SAD?

Notre rencontre touche à sa fin. Y'a-t-il autre chose que vous pensez que je devrais savoir pour mieux comprendre comment un ergothérapeute pourrait favoriser davantage la participation sociale des aînés?

Je vous remercie pour cette rencontre. Si vous avez des idées ou des questions qui vous viennent en lien avec ce dont nous avons parlé, vous pouvez les noter sur papier et vous pouvez me contacter par téléphone ou par courriel, à un moment qui vous convient.

Par exemple, pour chaque facteur:

i) Comment le **contexte actuel** (mandat du SAD, financement) influence-t-il votre pratique en lien avec participation sociale des aînés, s'il l'influence?

ii) Comment l'**organisation de votre travail** au SAD influence-t-elle votre pratique en lien avec la participation sociale des aînés, si elle l'influence?

iii) En tant qu'**ergothérapeute**, quelle influence avez-vous sur votre pratique en lien avec la participation sociale des aînés, si vous en avez?

iv) Comment les besoins de vos **usagers** influencent-ils votre pratique en lien avec la participation sociale des aînés, s'ils l'influencent?

v) Comment votre **pratique au SAD** influence-t-elle votre capacité d'intervenir sur la participation sociale des aînés, si elle l'influence?

ANNEXE 9

GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE SEMI-STRUCTURÉ (ÂÎNÉS ET PROCHES)

Rappel des objectifs (pour le chercheur) : Repenser la pratique des ergothérapeutes œuvrant au SAD.

1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, **2)** explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes; **3)** identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques.

Notre rencontre vise à m'aider à **mieux comprendre comment repenser la pratique des ergothérapeutes** au soutien à domicile (SAD) en vue de favoriser la participation sociale des aînés. L'ergothérapie aide les personnes à organiser et accomplir les activités considérées comme importantes. **La participation sociale est définie** comme l'implication d'une personne dans toutes les activités qui procurent des interactions avec d'autres personnes en société, cela inclut les activités sociales et les loisirs. Aujourd'hui, nous allons discuter des possibilités de promouvoir la participation sociale des aînés, notamment ceux ayant des incapacités fonctionnelles. Nous allons aborder votre expérience en tant qu'usagers, puisque votre point de vue pourrait jouer un rôle important dans le changement de pratique des ergothérapeutes au SAD. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Avez-vous des questions? Pour briser la glace, parlez-moi de certaines activités sociales que vous faites (ou que l'aîné fait) habituellement dans une journée typique de votre semaine.

1. Nous allons discuter des possibilités des ergothérapeutes de favoriser la participation sociale des aînés.

1.1 Quelles possibilités de favoriser la participation sociale existent, s'il y en a?

1.2 Il existe d'autres possibilités ergothérapeutiques d'intervenir sur la participation sociale des aînés. Dans quelle mesure ces possibilités sont-elles intégrées à votre pratique? Comment voyez-vous ces possibilités? Quels avantages y voyez-vous? Quels inconvénients?

1.2 Parmi les possibilités identifiées et celles recensées, lesquelles pourraient, selon vous, être intégrées par les ergothérapeutes au SAD?

2. Certains facteurs peuvent influencer l'intégration des pratiques de participation sociale au SAD.

2.1 En tant qu'usagers, selon vous, quels aspects de la pratique des ergothérapeutes au SAD pourraient influencer l'intégration d'interventions de participation sociale?

2.1.1 Qu'est-ce qui faciliterait leur intégration par les ergothérapeutes [voir encadré]?

2.1.2 Qu'est-ce qui nuirait à leur intégration [voir encadré]?

3. Nous discuterons des actions nécessaires pour favoriser davantage la participation sociale.

3.1 Selon votre expérience, si on voulait changer la pratique des ergothérapeutes pour vous aider davantage à participer socialement, qu'est-ce qui serait nécessaire? Quelles actions mettriez-vous en place?

Notre rencontre touche à sa fin. Y'a-t-il autre chose que vous pensez que je devrais savoir pour mieux comprendre comment un ergothérapeute pourrait favoriser davantage la participation sociale des aînés? **Je vous remercie pour cette rencontre.** Si vous avez des idées ou des questions qui vous viennent en lien avec ce dont nous avons parlé, vous pouvez les noter sur papier et me contacter par téléphone ou par courriel, à un moment qui vous convient.

Par exemple, pour chaque facteur :

- i) Comment le **contexte actuel** (mandat du SAD, financement) influence-t-il les interventions de participation sociale, s'il l'influence?
- ii) Comment l'**organisation du travail** au SAD influence-t-elle les interventions de participation sociale, si elle l'influence?
- iii) Quel rôle peuvent jouer les **ergothérapeutes** pour favoriser votre participation sociale, s'ils en ont?
- iv) En tant qu'**usagers**, comment vos besoins influencent-ils les pratiques de participation sociale des ergothérapeutes, s'ils l'influencent?
- v) Comment la **pratique** au SAD influence-t-elle la capacité des ergothérapeutes de favoriser la participation sociale, si elle l'influence?

ANNEXE 10

**GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE SEMI-STRUCTURÉ (INTERVENANTS
COMMUNAUTAIRES)**

Rappel des objectifs (pour le chercheur) : Repenser la pratique des ergothérapeutes œuvrant au SAD.

1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, **2)** explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes; **3)** identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques.

Notre rencontre vise à m'aider à **mieux comprendre comment repenser la pratique des ergothérapeutes** au soutien à domicile (SAD) en vue de favoriser la participation sociale des aînés. L'ergothérapie aide les personnes à organiser et accomplir les activités considérées comme importantes. **La participation sociale est définie** comme l'implication d'une personne dans toutes les activités qui procurent des interactions avec d'autres personnes en société, cela inclut les activités sociales et les loisirs. Aujourd'hui, nous allons discuter des possibilités de promouvoir la participation sociale des aînés, notamment ceux ayant des incapacités fonctionnelles. Nous allons aborder vos actions en tant qu'intervenant communautaire, puisque grâce à celles-ci, vous pourriez jouer un rôle important dans le changement de pratique des ergothérapeutes qui se veut complémentaire. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Avez-vous des questions ? Décrivez-moi votre pratique courante, c.-à-d. les interventions de participation sociale que vous faites actuellement auprès des aînés ayant des incapacités et vivant dans la communauté.

1. Nous allons maintenant discuter des possibilités de pratiques qui favorisent la participation sociale des aînés.

1.1 Quelles possibilités de favoriser la participation sociale existent, s'il y en a?

1.2 Il existe d'autres possibilités ergothérapeutiques d'intervenir sur la participation sociale des aînés. Dans quelle mesure ces possibilités sont-elles intégrées à votre pratique? Comment voyez-vous ces possibilités? Quels avantages y voyez-vous? Quels inconvénients?

1.2 Parmi les possibilités identifiées et celles recensées, lesquelles pourraient, selon vous, être intégrées par les ergothérapeutes au SAD?

2. Certains facteurs peuvent influencer l'intégration des pratiques de participation sociale au soutien à domicile.

2.1 Quels aspects de la pratique des ergothérapeutes pourraient influencer leur capacité d'intégrer des interventions qui favorisent la participation sociale?

2.1.1 Qu'est-ce qui facilite leur intégration [voir encadré]?

2.1.2 Qu'est-ce qui nuit à leur intégration [voir encadré]?

3. Nous discuterons des actions nécessaires pour favoriser davantage la participation sociale.

3.1 Selon votre expérience, si on voulait changer la pratique des ergothérapeutes pour vous aider davantage à participer socialement, qu'est-ce qui serait nécessaire? Quelles actions mettriez-vous en place?

Par exemple, pour chaque facteur:

i) Comment le **contexte actuel** (mandat du SAD, financement) influence-t-il votre pratique en lien avec participation sociale des aînés, s'il l'influence?

ii) Comment l'**organisation du travail** au SAD influence-t-elle votre pratique en lien avec la participation sociale des aînés, si elle l'influence?

iii) En tant qu'**intervenant**, quel rôle avez-vous sur la pratique de participation sociale des ergothérapeutes, si vous en avez un?

iv) Comment les besoins des **usagers** influencent-ils la pratique de participation sociale des ergothérapeutes, s'ils l'influencent?

v) Comment votre **pratique** influence-t-elle la capacité des ergothérapeutes de favoriser la participation sociale, si elle l'influence?

Notre rencontre touche à sa fin. Y'a-t-il autre chose que vous pensez que je devrais savoir pour mieux comprendre comment un ergothérapeute pourrait favoriser davantage la participation sociale des aînés? **Je vous remercie pour cette rencontre.** Si vous avez des idées ou des questions qui vous viennent en lien avec ce dont nous avons parlé, vous pouvez les noter sur papier et vous pouvez me contacter par téléphone ou par courriel, à un moment qui vous convient.

ANNEXE 11
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ INDIVIDUEL

Rappel des objectifs (pour le chercheur) : Repenser la pratique des ergothérapeutes œuvrant au SAD.

1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, **2)** explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes; **3)** identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques.

Notre rencontre vise à m'aider à **mieux comprendre comment repenser la pratique des ergothérapeutes** au soutien à domicile (SAD) en vue de favoriser la participation sociale des aînés. **La participation sociale est définie** comme l'implication d'une personne dans toutes les activités qui procurent des interactions avec d'autres personnes en société, cela inclut les activités sociales et les loisirs. Aujourd'hui, nous allons discuter des possibilités de promouvoir la participation sociale des aînés, notamment ceux ayant des incapacités fonctionnelles. Nous allons aborder vos points de vue en tant que [remplacer par le type d'informateur], puisque vous pourriez jouer un rôle important dans le changement de pratique des ergothérapeutes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Avez-vous des questions ?

1. Nous allons discuter des possibilités de pratiques ergothérapeutiques qui favorisent la participation sociale. Une recension des écrits a permis d'identifier des possibilités ergothérapeutiques d'intervenir sur la participation sociale des aînés. Toutefois celles-ci seraient difficiles à intégrer par les ergothérapeutes. Est-ce votre expérience?

1.1 Quelles autres possibilités de favoriser la participation sociale des aînés existent, s'il y en a?

1.2 Parmi les possibilités identifiées et celles recensées, lesquelles pourraient être intégrées à la pratique des ergothérapeutes au SAD?

2. Certains facteurs peuvent soutenir ou limiter l'intégration des pratiques de participation sociale au SAD.

2.1 Quels aspects de la pratique des ergothérapeutes pourraient influencer leur capacité d'intégrer des interventions de participation sociale?

2.1.1 Qu'est-ce qui facilite leur intégration [voir encadré]?

2.1.2 Qu'est-ce qui nuit [voir encadré]?

3. Nous discuterons des actions nécessaires pour favoriser davantage la participation sociale.

3.1 Selon votre expérience, si on voulait changer la pratique des ergothérapeutes pour vous aider davantage à participer socialement, qu'est-ce qui serait nécessaire? Quelles actions mettriez-vous en place?

Notre rencontre touche à sa fin. Y'a-t-il autre chose que vous pensez que je devrais savoir pour mieux comprendre comment un ergothérapeute pourrait favoriser davantage la participation sociale des aînés? **Je vous remercie pour cette rencontre.** Si vous avez des idées ou des questions qui vous viennent en lien avec ce dont nous avons parlé, vous pouvez les noter sur papier et vous pouvez me contacter par téléphone ou par courriel, à un moment qui vous convient.

Pour chaque facteur, nous allons explorer:

i) Comment le **contexte actuel** (mandat, financement) influence-t-il la pratique de participation sociale des ergothérapeutes, s'il l'influence?

ii) Comment l'**organisation** du SAD influence-t-elle la façon pratique de participation sociale des ergothérapeutes, si elle l'influence?

iii) En tant que [remplacer par le type d'informateur], quel **rôle** pouvez-vous jouer pour que les ergothérapeutes puissent favoriser davantage la participation sociale, si vous le pouvez?

iv) Comment les besoins vos **usagers** influencent-ils la pratique de participation sociale des ergothérapeutes, s'ils l'influencent?

v) Comment la **pratique des ergothérapeutes** au SAD influence-t-elle leur capacité d'intervenir sur la participation sociale des aînés, si elle l'influence?

ANNEXE 12
GRILLE D'OBSERVATION

Grille d'observation

1. Nous allons maintenant explorer toutes les <u>possibilités</u> des ergothérapeutes de favoriser la participation sociale des aînés.		
Pratique actuelle (s'il y a lieu)	Pratique souhaitée	
2. Certains facteurs <u>peuvent</u> soutenir ou limiter la capacité de l'ergothérapeute d'intégrer ces pratiques au SAD.		
Niveau	Facilitateur	Obstacle
<ul style="list-style-type: none"> • Système (= société, MSSS) • Organisation (= SAD, org. comm., bénévoles) • Ergothérapeute (= profession) • Usager (= besoins, limitations, proches) • Pratique de participation sociale (= données probantes, types d'interventions) 		
3. Nous discuterons des <u>actions</u> nécessaires pour aider l'ergothérapeutes qui veut favoriser la participation sociale des aînés.		
Niveau		
<ul style="list-style-type: none"> • Système (= société, MSSS) • Organisation (= SAD, org comm, bénévoles) • Ergothérapeute (= profession) • Usager (= besoins, limitations) • Pratique de participation sociale (= données probantes, types d'interventions) 		
Habiletés de l'interviewer		
Accueil et ambiance	Clarté des questions et synthèses	Respect du temps et check-out
Autres observations		

ANNEXE 13

QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Données sociodémographiques et professionnelles de l'ergothérapeute

Date : _____

Code : _____

1) Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

2) Âge : _____

3) Année de diplomation en ergothérapie : _____

4) Autres diplômes reçus :

☐ MSc☐ M. en pratique de la réadaptation

5) Type de formation reçue en lien avec la participation sociale (ex. formation en lien avec une intervention particulière, etc.): _____

6) Nombre total d'années d'expérience de travail : _____

7) Nombre total d'années d'expérience de travail en SAD : _____

8) Nombre total d'années d'expérience de travail auprès des aînés : _____

Merci!

ANNEXE 14
QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ DE L'INTERVENANT
COMMUNAUTAIRE

Données sociodémographiques de l'intervenant communautaire ou de l'informateur clé secondaire

Date : _____

Code : _____

1) Âge : _____

2) Sexe

☐ Homme☐ Femme☐ Autre

3) Niveau de scolarité (années) :

☐ Primaire (1 à 6)☐ Secondaire (7 à 11)☐ Collégial/professionnel (12 à 14)☐ Baccalauréat (15 à 16)☐ Maîtrise/doctorat (≥ 17)

4) Type de formation (discipline, s'il y a lieu) :

5) Nombre total d'années d'expérience de travail : _____

6) Nombre total d'années d'expérience de travail auprès d'aînés : _____

Merci!

ANNEXE 15

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE L'AÎNÉ ET DU PROCHE

Données sociodémographiques et cliniques de l'aîné et du proche d'aînés ayant reçu des services SAD

Date : _____

Code : _____

1) Âge : _____

2) Sexe

☐ Homme

☐ Femme

☐ Autre

3) Diagnostic et conditions de santé associées :

4) Niveau de scolarité (années) :

☐ Primaire (1 à 6)

☐ Secondaire (7 à 11)

☐ Collégial/professionnel (12 à 14)

☐ Baccalauréat (15 à 16)

☐ Maîtrise/doctorat (≥ 17)

5) Niveau de revenu annuel (\$CAN/année) :

☐ Moins de 15 000

☐ 15 000 – 25 0000

☐ Plus de 25 000

☐ Je préfère ne pas indiquer mon niveau de revenu.

6) Motif de la demande de services à domicile :

Merci!

ANNEXE 16

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le 10 mars 2016

Monsieur Pier-Luc Turcotte
Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Objet : Approbation finale du Comité d'éthique de la recherche

Projet n° 2016-280

Titre : *Une recherche-action participative au soutien à domicile: vers des pratiques ergothérapeutiques favorisant davantage la participation sociale des aînés*

Monsieur Turcotte,

Le Comité d'éthique de la recherche a passé en revue, en comité restreint, les documents suivants :

- ◆ Formulaire d'information et de consentement (TurcottePier-Luc_annexe17-FCIaines-proches.docx) [date : 2016-03-09, version 3 : formulaire d'information et de consentement aînés et proches]
- ◆ Formulaire d'information et de consentement (TurcottePier-Luc_annexe18-FCIautres.docx) [date : 2016-03-09, version 3 : formulaire d'information et de consentement autres]
- ◆ Feuillelet d'information (TurcottePier-Luc_annexe8_Lettre-Intervenant.docx) [date : 2016-03-09, version : lettre pour intervenant]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe9A_JournaldeBord-ergo.docx) [date : 2016-03-09, version : journal de bord ergo]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe9B_JournaldeBord-autres.docx) [date : 2016-03-09, version : journal de bord autres]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe10-GuideEntretien-ergo.docx) [date : 2016-03-09, version : guide entretien ergo]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe11-GuideEntretien-AîneProche.docx) [date : 2016-03-09, version : guide entretien aîné et proche]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe12-GuideEntretien-Intervenant.docx) [date : 2016-03-09, version : guide entretien intervenants]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe13-GuideEntretien-InformateurCleSecondaire.docx) [date : 2016-03-09, version : guide entretien informateurs clés secondaires]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe14-Questionnaire-Ergo.docx) [date : 2016-03-09, version : questionnaire ergo]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe15-Questionnaire-Intervenant.docx) [date : 2016-03-09, version : questionnaire Intervenant]
- ◆ Questionnaire (TurcottePier-Luc_annexe16-Questionnaire-AîneProche.docx) [date : 2016-03-09, version : questionnaire aîné et proche]
- ◆ Recrutement (TurcottePier-Luc_annexe7_Lettre-ergo.docx) [date : 2016-03-09, version : lettre invitation ergo]
- ◆ Recrutement (TurcottePier-Luc_annexe8_Lettre-Intervenant.docx) [date : 2016-03-09, version : lettre invitation Intervenant]
- ◆ Document financier (31662_Turcotte Pier-Luc_OC offre de bourse.pdf) [date : 2016-01-17, version : Lettre d'octroi des Fonds de recherche du Québec Santé]
- ◆ Document financier (PreuveOctroiConcours de bourse de la FCE - Pier-Luc Turcotte.pdf) [date : 2016-01-17, version : Preuve d'octroi de la Fondation canadienne d'ergothérapie]
- ◆ Rapport d'évaluation (31662_Turcotte Pier-Luc_RC cote scientifique.pdf) [date : 2016-01-17, version : cote scientifique FRQS (bourse maîtrise professionnelle)]
- ◆ Lettre d'appui (TurcottePier-Luc_lettreAppuiResolidaire.pdf) [date : 2016-01-17, version : lettre d'appui Résolidaire]
- ◆ Autorisation départementale / directeur de recherche (TurcottePier-Luc_Progression des études - Attribution de crédits de recherche Maîtrise (3e 4e trimestre).pdf) [date : 2016-01-17, version : Lettre d'autorisation du programme, directrice et vice-doyen à la recherche]
- ◆ Autorisation départementale / directeur de recherche (Plan de formation - Étape 2 - Pier-Luc Turcotte.pdf) [date : 2016-01-21, version : Lettre d'autorisation du programme]
- ◆ Feuillelet d'information (TurcottePier-Luc_annexe7_Lettre-ergo.docx) [date : 2016-03-09, version : lettre pour ergothérapeutes]

- Protocole de recherche (ProtocolePLTv12.docx) [date : 2016-03-09, version : 2]
- Budget (TurcottePier-Luc_declaration-financiere_2013-07.pdf) [date : 2016-01-25, version : déclaration financière signée]

Le CÉR approuve les modifications qui ont été apportées aux documents mentionnés ci-dessus, tel que suggéré par le comité dans son Formulaire 20-3163 "Réponse aux recommandations".

J'ai le plaisir de vous informer que votre projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche. La présente décision vaut pour une année à partir de la date de la présente lettre.

Au terme de ce délai, un rapport doit être soumis au comité d'éthique en guise de rapport final, si le projet est réalisé en moins d'un an ou en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Toute modification au protocole de recherche en cours, de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité d'éthique.

La suspension ou la cessation de votre projet, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité d'éthique dans les meilleurs délais.

En terminant, je tiens à vous informer que la présente décision a été rendue alors que le quorum était atteint.

Je vous prie d'agréer, monsieur Turcotte, mes meilleures salutations.

_____, présidente
Comité d'éthique de la recherche

/s/

ANNEXE 17

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ERGOTHÉRAPEUTE, DE
L'INTERVENANT OU DE L'INFORMATEUR CLÉ SECONDAIRE**

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Version pour les ergothérapeutes œuvrant au soutien à domicile, les intervenants en milieu communautaire, les gestionnaires, décideurs ou représentants d'organisme

Titre du projet:	Une recherche-action participative au soutien à domicile : vers des pratiques ergothérapiques favorisant davantage la participation sociale des aînés
Organisme subventionnaire	Fonds de recherche du Québec – Santé (#31662) Fondation canadienne d'ergothérapie
Chercheur principal:	Monsieur Pier-Luc Turcotte, erg. M.erg.
Directrices:	Professeure Annie Carrier, erg. Ph.D Professeure Mélanie Levasseur, erg. Ph.D.

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8 h et 16 h, vous pouvez communiquer avec :

Monsieur Pier-Luc Turcotte au numéro suivant : [coordonnées du chercheur retirées à des fins de confidentialité].

PARTIE INFORMATION

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que nous voulons mieux comprendre votre expérience en lien avec la participation sociale des aînés ayant des incapacités. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

L'objectif général de cette recherche est de repenser la pratique des ergothérapeutes au soutien à domicile afin d'intégrer des interventions favorisant la participation sociale des aînés. Plus spécifiquement, le projet vise à : 1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, 2) explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes et 3) identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques au soutien à domicile. Pour ce projet, quatre groupes (ergothérapeutes, aînés, proches d'aînés, intervenants communautaires) et sept cliniciens et décideurs au soutien à domicile sont recrutés, pour un total d'environ 28 personnes.

Déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous complèterez un journal de bord incluant vos idées et vos réflexions. Vous serez ensuite rencontré pour une discussion en groupe d'une durée de 120 minutes (deux heures). Vous devrez alors vous présenter au [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité] à une reprise. Une seconde rencontre d'une durée d'une demi-journée aura lieu [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité]. Au besoin, il est possible que nous communiquions avec vous par la suite pour vérifier certaines informations et compléter certains éléments.

Journal de bord

Pendant deux à trois semaines, vous serez invité à remplir un journal de bord afin de vous aider à identifier des possibilités de favoriser la participation sociale des aînés qui seront ensuite utilisées lors des groupes de discussion focalisée.

Groupe de discussion

Après ces deux à trois semaines, vous serez invité à participer au groupe de discussion ayant une durée de 120 minutes (deux heures).

Les discussions seront animées par un membre de l'équipe de recherche et porteront sur les possibilités de favoriser la participation sociale des aînés ayant des incapacités, incluant les possibilités d'interventions des ergothérapeutes. Les échanges se dérouleront en groupe de cinq à huit participants et seront enregistrés sous forme audio numérique.

Cette rencontre aura lieu au [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité] avec différentes personnes œuvrant autour des services de soutien à domicile.

Contact de validation et suivi

Après le groupe de discussion, vous serez contacté par téléphone ou par courriel afin qu'on vous présente une synthèse des résultats issus de l'analyse des groupes de discussion.

Avantages associés à votre participation

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer

à l'avancement des connaissances dans le domaine de la participation sociale des aînés ayant des incapacités, et les façons de l'améliorer.

Inconvénients associés à votre participation

Les inconforts, la gêne, l'anxiété, la fatigue, le stress, la frustration reliée à l'expérimentation, les déplacements, l'attente et le temps consacré à la recherche pourraient poser certains inconvénients pour vous ou votre entourage. Pour limiter ces inconvénients, un espace propice au dialogue respectueux et ouvert sera privilégié par l'équipe de recherche. Au besoin, un membre de l'équipe sera disponible pour prendre note de ces inconvénients et identifier des solutions.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information médicale déjà obtenue dans le cadre de l'étude sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer la sécurité des patients et rencontrer les exigences réglementaires.

Arrêt du projet de recherche

Le chercheur responsable de l'étude, l'organisme subventionnaire et le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que les cochercheurs principaux recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, ainsi que votre participation sociale. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, date de naissance, et sexe. Toutes les données enregistrées sous forme audionumérique seront retranscrites sous forme manuscrite. Aussitôt la vérification de la transcription réalisée, les enregistrements audio seront détruits. La transcription assurera l'anonymat des données.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire. Les données manuscrites seront conservées dans un classeur verrouillé se trouvant dans le bureau fermé du chercheur principal. Les données informatiques seront enregistrées dans un dossier sécurisé et les documents seront verrouillés à l'aide d'un mot de passe connu uniquement par le chercheur principal et les cochercheurs.

Les données manuscrites et informatiques seront conservées pendant 10 ans par le chercheur responsable à son bureau du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (situé au 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke (QC), J1H 4C4).

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

Indemnité compensatoire

Vous pourriez recevoir une somme forfaitaire allant jusqu'à un maximum de dix dollars en compensation des frais encourus et des contraintes subies pour votre participation à ce projet de recherche équivalant au montant du transport en commun. Si vous vous retirez ou si vous êtes retiré du projet avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

Droits du participant et indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de

recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Financement du projet de recherche

Le chercheur a reçu des fonds du Fonds de recherche du Québec – Santé et de la Fondation canadienne d'ergothérapie pour mener à bien ce projet de recherche.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche au numéro suivant : [coordonnées du chercheur retirées à des fins de confidentialité].

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité].

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au projet ou à l'un de ses documents.

Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du CÉR au numéro suivant : [coordonnées de l'établissement retirées à des fins de confidentialité]

PARTIE CONSENTEMENT**Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant : _____
(en lettres moulées)

Signature du participant : _____

Date : ____ / ____ / ____
 jour mois année

Déclaration d'engagement du chercheur principal ou de son représentant

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur ou de son représentant : _____
(en lettres moulées)

Signature du chercheur ou de son représentant : _____

Date : ____ / ____ / ____
 jour mois année

ANNEXE 18

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'AÎNÉ OU DU PROCHE AIDANT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Version pour les aînés et les proches d'aînés ayant reçu des services de soutien à domicile

Titre du projet:	Une recherche-action participative au soutien à domicile : vers des pratiques ergothérapeutiques favorisant davantage la participation sociale des aînés
Organisme subventionnaire	Fonds de recherche du Québec – Santé (#31662) Fondation canadienne d'ergothérapie
Chercheur principal:	Monsieur Pier-Luc Turcotte, erg. M.erg.
Directrices:	Professeure Annie Carrier, erg. Ph.D Professeure Mélanie Levasseur, erg. Ph.D.

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8 h et 16 h, vous pouvez communiquer avec :

Monsieur Pier-Luc Turcotte au numéro suivant : [coordonnées du chercheur retirées à des fins de confidentialité].

PARTIE INFORMATION

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que nous voulons mieux comprendre comment on peut améliorer davantage votre participation sociale. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

L'objectif général de cette recherche est de repenser la pratique des ergothérapeutes au soutien à domicile afin d'intégrer des interventions favorisant la participation sociale des aînés. Plus spécifiquement, le projet vise à : 1) identifier des pratiques ergothérapeutiques à intégrer pour favoriser davantage la participation sociale des aînés, 2) explorer les facteurs qui pourraient soutenir ou limiter l'intégration de ces pratiques par les ergothérapeutes et 3) identifier des actions à déployer afin d'intégrer ces pratiques au soutien à domicile. Pour ce projet, quatre groupes (ergothérapeutes, aînés, proches d'aînés, intervenants communautaires) et sept cliniciens et décideurs au soutien à domicile sont recrutés, pour un total d'environ 28 personnes.

Déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous complèterez un journal de bord incluant vos idées et vos réflexions. Vous serez ensuite rencontré pour une discussion en groupe d'une durée de 120 minutes (deux heures). Vous devrez alors vous présenter au [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité] à une reprise. Une seconde rencontre d'une durée d'une demi-journée aura lieu au [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité]. Au besoin, il est possible que nous communiquions avec vous par la suite pour vérifier certaines informations et compléter certains éléments.

Journal de bord

Pendant deux à trois semaines, vous serez invité à remplir un journal de bord afin de vous aider à identifier des possibilités de favoriser la participation sociale des aînés qui seront ensuite utilisées lors des groupes de discussion focalisée.

Groupe de discussion

Après ces deux à trois semaines, vous serez invité à participer au groupe de discussion ayant une durée de 120 minutes (deux heures).

Les discussions seront animées par un membre de l'équipe de recherche et porteront sur les possibilités de favoriser la participation sociale des aînés ayant des incapacités, incluant les possibilités d'interventions des ergothérapeutes. Les échanges se dérouleront en groupe de cinq à huit participants et seront enregistrés sous forme audionumérique.

Cette rencontre aura lieu au [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité] avec différentes personnes ayant reçu des services de soutien à domicile dans la dernière année.

Contact de validation et suivi

Après le groupe de discussion, vous serez contacté par téléphone ou par courriel afin qu'on vous présente une synthèse des résultats issus de l'analyse des groupes de discussion.

Avantages associés à votre participation

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de

recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la participation sociale des aînés ayant des incapacités, et les façons de l'améliorer.

Risques et inconvénients associés à votre participation

Comme les discussions porteront sur la participation dans des activités significatives, des thèmes sensibles tels que l'isolement social, pourraient être abordés et vous pourriez éprouver des émotions à la suite de votre participation. Si une telle situation se présentait, vous serez référé à votre intervenant principal au soutien à domicile.

Les inconforts, la gêne, l'anxiété, la fatigue, le stress, la frustration reliée à l'expérimentation, les déplacements, l'attente et le temps consacré à la recherche pourraient poser certains inconvénients pour vous ou votre entourage. Pour limiter ces inconvénients, un espace propice au dialogue respectueux et ouvert sera privilégié par l'équipe de recherche. Au besoin, un membre de l'équipe sera disponible pour prendre note de ces inconvénients et identifier des solutions.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans devoir donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Arrêt du projet de recherche

Le chercheur responsable de l'étude, l'organisme subventionnaire et le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que les cochercheurs principaux recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé

passé et présent, ainsi que votre participation sociale. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, date de naissance, et sexe. Toutes les données enregistrées sous forme audionumérique seront transcrits sous forme manuscrite. Aussitôt la vérification de la transcription réalisée, les enregistrements audios seront détruits. La transcription assurera l'anonymat des données.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire. Les données manuscrites seront conservées dans un classeur verrouillé se trouvant dans le bureau fermé du chercheur principal. Les données informatiques seront enregistrées dans un dossier sécurisé et les documents seront verrouillés à l'aide d'un mot de passe connu uniquement par le chercheur principal et les cochercheurs.

Les données manuscrites et informatiques seront conservées pendant 10 ans par le chercheur responsable à son bureau du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (situé au 1036 rue Belvédère Sud, Sherbrooke (QC), J1H 4C4).

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

Indemnité compensatoire

Vous pourriez recevoir une somme forfaitaire allant jusqu'à un maximum de dix dollars en compensation des frais encourus et des contraintes subies pour votre participation à ce projet de recherche équivalant au montant du transport en commun. Si vous vous retirez ou si vous êtes retiré du projet avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

Droits du participant et indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de

recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

Financement du projet de recherche

Le chercheur a reçu des fonds du Fonds de recherche du Québec – Santé et de la Fondation canadienne d'ergothérapie pour mener à bien ce projet de recherche.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche au numéro suivant : [coordonnées du chercheur retirées à des fins de confidentialité].

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité].

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au projet ou à l'un de ses documents.

Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du CÉR au numéro suivant : [coordonnées de l'établissement retirées à des fins de confidentialité].

PARTIE CONSENTEMENT**Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant : _____
(en lettres moulées)

Signature du participant : _____

Date : / /
 jour mois année

Déclaration d'engagement du chercheur principal ou de son représentant

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur ou de son représentant : _____
(en lettres moulées)

Signature du chercheur ou de son représentant : _____

Date : / /
 jour mois année